# **Medizinischer Fragebogen für Ihren Check-Up**

# Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient

Oft gehen uns in der Sprechstunde wichtige Themen vergessen. Deshalb sind wir Ihnen dankbar, wenn Sie diesen Fragebogen vor einem Check-Up ausfüllen können. Wenn Sie keine Antwort zu einem der folgenden Punkte machen möchten, lassen Sie diesen einfach weg.

**Medikamente:**

Allergien (akute Atemnot, Schwellungen der Schleimhäute bis zum Kreislaufversagen oder Hautausschlag):

**Unverträglichkeiten**: (zum Beispiel Kopfweh, Blähungen etc..):

**Impfungen:**

Möchten Sie eine Impfberatung:  □ ja □ nein

□ ich bin komplett geimpft (u.a. Starrkrampf unter 65-jährig: maximal 20 Jahre; über 65-Jährig maximal 10 Jahres seit der letzten Impfung)

□ ich weiss es nicht

Bemerkungen und Fragen

**Risikofaktoren:**

Rauchen:
Möchten Sie mit uns darüber sprechen oder sich beraten lassen? □ ja □ nein

□ ich habe nie geraucht
□ je geraucht wann begonnen? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ wann gestoppt? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Wie viele Pakete pro Tag rauchen Sie oder haben geraucht? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Pack.

**Alkohol:**
Möchten Sie mit uns darüber sprechen oder sich beraten lassen? □ ja □nein

□Ich trinke nie/ kaum Alkohol

□ Ich trinke max. 1-2 Gläser oder unregelmässig Alkohol

□ ich trinke mehr als 2 Gläser regelmässig

**Vorsorge:**

Möchten Sie mit uns über Vorsorgeuntersuchungen sprechen oder sich beraten lassen?

□ ja □ nein

Über welche Voruntersuchungen möchten Sie sich beraten lassen?

Fragen und Bemerkungen zu den gewünschten Voruntersuchungen:

**Gehäufte Krankheiten in der Familie (Herzinfarkt, Schlaganfälle, Krebserkrankungen)**

Mutter: Vater:

Geschwister und direkte Verwandte:

**Tabu:**

Möchten Sie mit uns über Tabuthemen (Missbrauch, psychische Probleme, Drogen, Sexualität. Inkontinenz…) sprechen oder sich beraten lassen? □ ja □nein

Soziales

Familie:

Beruf:

Ernährung:

Ernähren Sie sich vegetarisch oder vegan? Wenn ja möchten Sie eine Blutentnahme zur Vitamin-Bestimmung?

□ ja vegan □ ja vegetarisch Blutentnahme gewünscht? □ ja □ nein

**Patientenverfügung:**

Ich habe bereits eine Patientenverfügung (ist sie noch aktuell?) d.h. <2 Jahre
□ ja □ nein

Möchten Sie sich bezüglich einer Patientenverfügung beraten lassen?

□ ja □ nein

**Sonstige Anliegen, oder Fragen an Ihren betreuenden Hausarzt:**

Datum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Name und Geb. Datum:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_