

Fragebogen zum Check-up

Name: _____

Datum: _____

Familiäre Belastung:

Sind Blutsverwandte von einer der folgenden Krankheiten betroffen?

Bluthochdruck

Herzinfarkt oder Verengung der Herzkranzgefäße

Schlaganfall/Gefäßverschlüsse

Diabetes mellitus

Erhöhung der Blutfettwerte

Nierenerkrankungen

Lungenerkrankungen

Krebserkrankungen (z.B. Darm- oder Brustkrebs)?

Allergien (z.B. Heuschnupfen, Asthma, Neurodermitis)?

Sonstige: _____

Bestehen gesundheitliche Probleme?

Häufiger Wechsel zwischen Durchfall und Verstopfung?

Blut oder Schleim im Stuhl?

Ungewollte Gewichtsab-oder-zunahme?

Mehr Durst oder häufiges Wasserlassen?

Ungewohnte Atemprobleme, z.B. bei Belastung?

Schmerzen im Brustkorb bei Belastung?

Verspüren Sie häufig Herzrhythmusstörungen?

Sind Ihnen Veränderungen der Haut aufgefallen?

Bemerken Sie, dass sie vergeßlich werden?

Stürzen Sie gelegentlich?

Wird Ihnen häufiger schwindelig?

Schnarchen Sie oder leiden Sie unter Tagesschläfrigkeit?

Leiden Sie unter starken seelischen Belastungen

Haben Sie Allergien? Welche? _____

Sonstige Beschwerden? _____

Tägliches Leben:

Rauchen Sie?

Nein Ja, _____ pro Tag, seit _____ Jahren Nicht mehr seit: _____

Trinken Sie regelmäßig Alkohol?

Nein Selten Ja, _____ pro Tag/Woche und zwar _____

Treiben Sie Sport?

Nein Ja, und zwar _____

Größe: _____ cm Gewicht: _____ kg

Welche Medikamente nehmen Sie zur Zeit regelmäßig ein?

Medikament/Stärke	Dosierung (z.B. 1-0-0)

Anmerkungen: _____