

Patientenfragebogen Check up

Name : _____

Datum: _____

Dieser Fragebogen hilft Ihrer Ärztin gesundheitliche Probleme besser einzuschätzen. Alle Angaben unterliegen natürlich der ärztlichen Schweigepflicht und werden nach den gültigen Datenschutzbestimmungen verwaltet.

Haben Sie **aktuelle** Beschwerden? Bitte schreiben Sie diese auf: _____

Welche Erkrankungen kommen in Ihrer Familie (Eltern, leibliche Geschwister, Kinder) vor?

(z.B. Asthma, Krebs, Bluthochdruck, Diabetes, Schlaganfall.....) _____

Haben Sie Atembeschwerden? Ja () Nein ()

Haben Sie ungewöhnliche **Hautveränderungen** bemerkt? Ja () Nein ()

Husten? Ja () Nein ()

Leiden Sie an **Schlafstörungen**? Ja () Nein ()

Engegefühl im Brustkorb? Ja () Nein ()

Leiden Sie an **Nervosität und Reizbarkeit**? Ja () Nein ()

Haben Sie Magen-Darm Beschwerden?

Haben Sie in den letzten Wochen an

Wenn ja ,welcher Art? _____

Gewicht zu- oder abgenommen? Ja () Nein ()

Ist Ihr **Stuhlgang** unregelmäßig? Ja () Nein ()

Schwitzen Sie nachts vermehrt? Ja () Nein ()

Haben Sie Blut im Stuhl bemerkt? Ja () Nein ()

Rauchen Sie? Ja () Nein () Wie viele Zigaretten tägl? _____

Haben Sie Beschwerden beim Wasser lassen? Ja () Nein ()

Trinken Sie Alkohol? Regelmäßig () Gelegentlich () Nie ()

(z.B. Inkontinenz, Harnverhalten, Nachtröpfeln, nächtliches Wasser lassen)

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? Ja () Nein ()

Nehmen Sie Augentropfen? Wenn ja welche? _____

Nehmen Sie Nahrungsergänzungsmittel/ Medikamente die **frei verkäuflich** sind?

(z.B. Vitamin D, Vitamin B, Magnesium, Folsäure....)Wenn ja welche? _____

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit