

*Herzlich Willkommen in unserer allgemeinmedizinischen Praxis!*

*Um möglichst gezielt auf Ihre Fragen und Probleme eingehen zu können, bitten wir im Folgenden um eine genau Beantwortung der Fragen zu Ihrer Gesundheit.*

Name: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

1. Gibt es Gesundheitsprobleme, die Ihnen Sorge bereiten?

ja, welche \_\_\_\_\_  nein

2. Welchen Beruf üben Sie aus?

\_\_\_\_\_

3. Wie ist ihre persönliche Situation?

in einer Partnerschaft lebend  alleinlebend

4. Fühlen Sie sich derzeit wohl, haben Sie genügend Energie?

ja  nein, warum nicht? \_\_\_\_\_

5. Wie oft bewegen Sie sich, machen Sie Sport?

1x pro Woche  2-3x pro Woche  4-5x pro Woche  nie

6. Machen Sie sich Gedanken über Ihr Gewicht, was tun Sie dafür?

ja, warum \_\_\_\_\_  nein  
a. Besteht ein unklarer Gewichtsverlust?  ja, wie viel \_\_\_\_\_  nein  
b. Oder haben Sie Gewicht zugenommen?  ja, wie viel \_\_\_\_\_  nein

7. Bestanden Infektionen?

ja, welche \_\_\_\_\_  nein

8. Bestehen Brustschmerzen, insbesondere bei körperlicher Anstrengung?

ja  nein

9. Wie hoch ist ihr Blutdruck?

\_\_\_\_\_  weiß ich nicht

10. Rauchen Sie, wieviel?

Raucher/in, wie viel pro Tag \_\_\_\_\_  Nichtraucher/in

11. Wieviel Alkohol trinken Sie tgl./wöchentlich?

\_\_\_\_\_

12. Besteht Atemnot, bei Anstrengung oder auch anfallsweise?

ja  nein

13. Haben Sie seit längerem Husten?

ja, wie lange schon \_\_\_\_\_  nein

14. Hatten Sie in der Vergangenheit eine Covid-19 Infektion? Wenn ja, leiden Sie seitdem unter anhaltenden Beschwerden? (Wenn Beschwerden, dann aufführen)

ja, \_\_\_\_\_  nein

15. Haben Unverträglichkeiten auf Medikamente oder Allergien?

ja, welche \_\_\_\_\_  nein

16. Haben Sie Hautprobleme?

ja, welche \_\_\_\_\_  nein

17. Bestehen Verdauungsprobleme, insbesondere Durchfall, Verstopfung oder Blähungen? Blut im Stuhl?

ja, welche \_\_\_\_\_  nein

a. Probleme beim Wasserlassen (zu häufig, Urinverlust)?  ja  nein

b. Frauen: Gynäkologische Probleme, Blutungen?  ja  nein

c. Männer: Prostata?  ja  nein

18. Haben Sie Bauchschmerzen?

wenn ja, wann? \_\_\_\_\_  nein

19. Besteht Nachtschweiß?

ja  nein

20. Wann war die letzte Tetanusimpfung? Keuchhusten?

---

21. Fragen zur mentalen Gesundheit:

a. Wie ist die Stimmung, sind Sie depressiv?  ja  nein

b. Sind sie optimistisch?  ja  nein

c. Haben Sie Antrieb für Aktivitäten?  ja  nein

d. Machen Ihre Hobbies Spaß?  ja  nein

e. Wie schlafen Sie?  ja  nein

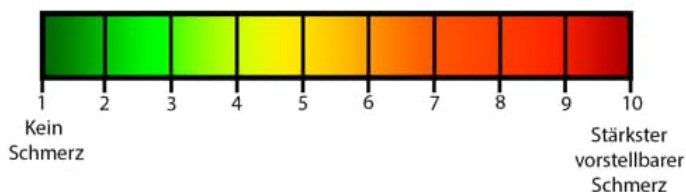
22. Schnarchen Sie, haben Sie laut Partner/in Atemaussetzer beim Schlaf?

ja  weiß ich nicht  nein

23. Haben Sie Schmerzen?

wenn ja, wo? \_\_\_\_\_

nein



**Bitte ordnen Sie ihren Schmerz ein!**

24. Sind Sie in den letzten 2 Jahren operiert worden?

ja, wo und wann?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

nein

**25. Bei welchen Fachärzten waren Sie die letzten 2 Jahre? Warum? Welche Medikamente verschrieben diese?**

---

---

---

---

**26. Haben Sie Augenprobleme, graue Schleier?**

ja, welche? \_\_\_\_\_  nein

**27. Wie ist Ihr Hörempfinden? Hören Sie gut oder schlecht? Haben Sie ein Hörgerät?**

---

---

**28. Bestanden einmal Lähmungen, Gefühlsstörungen, Sehstörungen, Gleichgewichtsstörungen?**

ja, welche? \_\_\_\_\_

nein

**29. Kopfschmerz?**

ja, wie oft? \_\_\_\_\_  nein