



# Fragebogen

## Persönliche Daten

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Telefonnummer \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Körpergröße \_\_\_\_\_

Körpergewicht \_\_\_\_\_

Bauchumfang \_\_\_\_\_

Versicherungsstatus \_\_\_\_\_

(wenn Sie kein Maßband haben, nehmen Sie doch eine Schnur und ein Lineal)

## Eigene Vorerkrankungen

Nehmen Sie Medikamente ein?

Ja  Nein

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

Für Frauen:

Wurde bei Ihnen eine Mammographie durchgeführt?

Ja  Nein

Wenn ja, wann? \_\_\_\_\_

Wurden Sie geimpft?

Ja  Nein

Wenn ja, gegen was? \_\_\_\_\_

Bemerken Sie beim Gehen Schmerzen?

Ja  Nein

Haben Sie einen Impfausweis?

Ja  Nein

Rauchen Sie?

Ja  Nein

Wenn ja, wie viele Zigaretten und seit wann?  
\_\_\_\_\_

Haben Sie Allergien?

Ja  Nein

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

Haben Sie Husten oder Heiserkeit seit mehr als 4 Wochen?

Ja  Nein

Haben Sie schon einmal zu hohe Blutzuckerwerte festgestellt?

Ja  Nein

Haben Sie jemals Blut im Urin bemerkt?

Ja  Nein

Haben Sie jemals Blut im Stuhl wahrgenommen?

Ja  Nein

Hatten Sie jemals für eine kurze Zeit eine Sehschwäche oder eine Schwäche von Armen/ Beinen?

Ja  Nein

Wurde bereits eine Darmspiegelung durchgeführt?

Ja  Nein

Wenn ja, wann? \_\_\_\_\_

Leiden sie an Migräneattacken mit passageren Sehstörungen?

Ja  Nein



## Stimmungslage

Hatten Sie sich in den letzten zwei Wochen deprimiert, niedergeschlagen oder hoffnungslos gefühlt?

Ja  Nein

Hatten Sie in den letzten zwei Wochen wenig Interesse oder Lust an Aktivitäten?

Ja  Nein

Fühlen Sie sich kontinuierlich überfordert?

Ja  Nein

Haben Sie das Gefühl, dass Sie manchmal nur noch schlafen könnten?

Ja  Nein

Haben Sie das Gefühl, dass Ihnen manchmal alles zuviel ist?

Ja  Nein

## Familiäre Anamnese

Hatte Ihr Vater/ Mutter einen Herzinfarkt vor dem 60. Lebensjahr?

Ja  Nein

Sind Vater oder Mutter zuckerkrank?

Ja  Nein

Hatten Ihre Eltern ein Krebsleiden?

Ja  Nein

Wenn ja, wann? \_\_\_\_\_

**Für Frauen:**

Haben Ihre Mutter/ ihre Schwester Brustkrebs gehabt?

Ja  Nein

**Für Männer:**

Haben Sie eine Erektionsschwäche bemerkt?

Ja  Nein

## Allgemeine Fragen

Welches medizinische Problem oder welche Frage beschäftigt mich momentan?

\_\_\_\_\_

Worüber machen Sie sich bezüglich Ihrer Gesundheit am meisten Sorgen?

\_\_\_\_\_

Machen Sie regelmäßig Ausdauersport?

Ja  Nein

Wenn ja, wie oft? \_\_\_\_\_

Wenn nein, welchen Freizeit-Sport könnten Sie sich am ehesten vorstellen?

\_\_\_\_\_

Was ist Ihr Lieblingsessen?

\_\_\_\_\_

Wie häufig essen Sie Obst, Gemüse, Vollkornprodukte, Roggen- oder Vollkornbrot?

\_\_\_\_\_

Sind Sie an einer detaillierten Analyse Ihrer Ernährungsgewohnheiten interessiert?

Ja  Nein

Sind Sie an einem Gesundheits-Training interessiert?

Ja  Nein

**Vielen Dank für das Ausfüllen des Fragebogens.**

Sie können diesen entweder per Post an folgende Adresse: **PAN Praxisklinik am Neumarkt GmbH & Co. KG, Zeppelinstr. 1, 50667 Köln** oder per Fax an **0221 2776-611** senden. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und werden selbstverständlich streng vertraulich behandelt. Wir freuen uns Ihnen ein individuelles Check up Programm zusammen zu stellen.