

**Dr.med. univ. Rudolf Gruber**  
 Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe  
 Rienzfeldstr. 41 \* 39031 St. Georgen  
 Tel. 347/9219467  
[rudolf.gruber@alice.it](mailto:rudolf.gruber@alice.it)  
[www.prosalus.info](http://www.prosalus.info)

---

(Arztstempel)

## Fragebogen zur allgemeinen Gesundheitsvorsorge

Liebe Frau / Lieber Herr: .....

Eine Gesundheitsvorsorgeuntersuchung erfasst neben Laborwerten auch Faktoren, wie die Ernährung, Nikotin, Alkohol und Erbbelastung. Es hat sich gezeigt, dass eine Abwendung von zukünftigen Erkrankungen durch die genaue Kenntnis dieser Faktoren möglich ist.

Die Ernährungsanalyse gestattet es, bei Auffälligkeiten gezielt auf eine sanfte Ernährungsumstellung hinzuwirken. Durch dieses Vorgehen kann z.B. die Infarkthäufigkeit bis zu 70 % reduziert werden. Ebenso ist es möglich durch optimale Ernährung Übergewicht, Schlaganfall, Krebs und anderen Erkrankungen entgegenzuwirken.

In der Vergangenheit habe ich die Ernährungsanalyse immer in einem persönlichen Gespräch durchgeführt; dies ist leider sehr zeitaufwendig. Ich möchte Sie deswegen bitten, den Fragebogen sorgfältig auszufüllen. Meine Helferinnen stehen Ihnen dabei gerne mit Rat und Tat zur Seite. Falls Sie keine Fragebogen aus persönlichen Gründen ausfüllen wollen teilen Sie uns dies bitte mit. Unter Umständen kann sich dann allerdings Ihr Vorsorgeprogramm verzögern, da die Befragung naturgemäß länger dauert

Ich möchte Ihnen einige Tipps zum Ausfüllen geben:

Die „**Erbliche Belastungen**“ brauchen Sie nicht auszufüllen, wenn diese in der Vergangenheit schon einmal von Ihnen festgehalten wurde. Wichtig für die Beurteilung Ihrer erblicher Risiken sind die wichtigen **Erkrankungen** bzw. die Todesursachen Ihrer beiden **Eltern** und Ihrer vier **Großeltern**. Falls jemand verstorben ist, tragen Sie bitte das **Alter** (nicht das Datum) versehen mit „T“ und die vermutete Todesursache als Erkrankung ein. Fragen, die Sie nicht beantworten können, versehen Sie bitte mit einem (?). Wenn sie nicht antworten möchten, schreiben Sie bitte einen Querstrich. Bei noch lebenden Familienangehörigen tragen Sie bitte das derzeitige Alter ein und setzen die Erkrankungen dahinter und vermerken und der letzten Spalte eine „L“. Bei den Geschwistern genügen die Anzahl und in loser Folge die Erkrankungen dahinter.

Die „**Infektionsvorbeugung**“ umfasst die Überprüfung Ihres Impfschutzes am besten anhand Ihres Impfausweises. Falls Sie keinen mehr besitzen, sollten Sie sich an uns wenden, um Sie wieder mit einem gültigen Ausweis zu versehen, bzw. fehlende Impfungen nachzuholen.

In „**Persönliche Belastungen**“ tragen Sie bitte ein, mit welchem Alter Sie mit dem **Rauchen** - und sei es nur gelegentlich - angefangen haben. Wenn Sie dauerhaft (vor mehr als einem Jahr) aufgehört haben, tragen Sie bitte Ihr Lebensalter ein, mit dem Sie das Rauchen eingestellt haben ein. Falls Sie noch weiter rauchen, notieren Sie bitte „bis jetzt“ Notieren Sie bitte auch die Anzahl der Zigaretten, die Sie im Schnitt in der letzten Zeit an einem Tag geraucht haben.

In das Feld **Bewegung** tragen Sie bitte ein, wie viel **Stunden** Sport bzw. wie viel Stunden intensives Fahrradfahren, Schwimmen, Gartenarbeit und spazieren gehen Sie in einer Woche absolvieren. Falls Sie sich durch die Arbeit körperlich belasten, so dass Sie ins Schwitzen kommen, notieren Sie diese bitte auch. Nennen Sie bitte auch Ihre Hauptbelastung.

Bei **Stress** und **Schlaf** brauchen Sie nur das Zutreffende zu unterstreichen.

„**Ernährung und Getränke**“: Falls Sie über keine Waage, Größmesser oder Maßband verfügen, bestimmen wir gerne diese wichtigen Maßdaten für Sie. Falls Sie selbst die Messungen vornehmen wollen ist es wichtig, diese im unbedeckten Zustand Zuhause, morgens, am besten nach dem Wasserlassen und vor dem Frühstück durchzuführen.

Die **Ernährung** erfasst die Portionen **für eine Sieben-Tage-Woche**. Als Schnitt für Ihre Angaben sollen Sie die letzten vier Wochen zugrundelegen. Als eine Portion werden ca. 125 Gramm veranschlagt, das ist etwa eine Kaffeetassemenge.

Die **Getränke** werden dagegen **tageweise** erfasst. Falls Sie reichlich Milch in den Kaffee nehmen, können Sie für 3-4 Tassen Kaffee ein zusätzliches Glas Milch notieren. Eine 700 ml Flasche bedeutet ca. 5 Gläser, eine Literflasche hat etwa 7 Gläser.

Beim **Alkohol** zählt ein Glas als eine Portion. Z.B. hat ein Glas Schnaps mit 20 ml und 40 % Alkohol, denselben Alkoholgehalt wie ein Glas Bier mit 0,2 und 5 % Alkohol. Ein Glas Wein mit 0,1 ml ca. 10 % Alkohol zählt als eine Portion. Wenn Sie glauben eine Problem mit Alkohol zu haben, sprechen Sie dieses besser persönlich in der Beratung bei mir an.

Ihr Stoffwechsel wird auch sehr durch **Hormongaben** beeinflusst; auch dies ist wichtig für die Besprechung. Sowohl für die Beurteilung des Fettstoffwechsels als auch für die Osteoporosevorbeugung sind diese Angaben wichtig, sie sind aber wie alle übrigen Angaben freiwillig. Wenn Sie keine Angabe hierzu machen wollen, bringen Sie bitte einen kräftigen Querstrich (--) an.

„**Krebsfrüherkennung**“: Auch wenn neulich eine Krebsvorsorgeuntersuchung z.B. bei einem Urologen oder Frauenarzt durchgeführt worden ist, sollten Sie diese Angaben machen. Sollte kürzlich eine Krebsvorsorgeuntersuchung erfolgt sein, braucht die Untersuchung als solche natürlich nicht wiederholt zu werden. Es ist ratsam sich die Fragen ein wenig einzuprägen, um beim Auftreten einer der Erscheinungen sofort den Arzt aufzusuchen.

Zum Schluss können Sie Ihr Einverständnis erklären, in das **Terminerinnerungssystem** aufgenommen zu werden. Auch können Sie Interesse für unsere Patientenseminare z.B. zur Bekämpfung von Übergewicht bekunden. Eine quartalsübergreifende postalische Benachrichtigung setzt Ihr schriftliches Einverständnis voraus.

Sämtliche Angaben sind freiwillig. Falls Sie den Fragebogen nicht ausfüllen möchten hat dies keine Nachteile für Sie. Ihre persönlichen Angaben bleiben **streng vertraulich** und werden ebenso sorgfältig behandelt wie eine Krankenakte.

## Angaben zur Gesundheitsvorsorge (GV)

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

Datum: \_\_\_\_\_

### I. Erbliche Belastungen und Impfschutz

(Frage zu I. nicht ausfüllen, wenn diese Fragen schon früher beantwortet wurden.)

Bitte notieren Sie in der ersten Spalte Erkrankungen aber auch die vermutliche Todesursache von Verstorbenen Verwandten. Insbesondere Krebs, Arteriosklerose, Herzinfarkt, Schlaganfall, Osteoporose, Parkinson, Herzschwäche, Bluthochdruck, Übergewicht und Allergie sind wichtige Angaben. In der zweiten Spalte notieren Sie bitte das Alter bzw. Sterbealter. Falls einer Ihrer Verwandten erkrankt ist und noch lebt, tragen Sie bitte den Buchstaben „L“, falls jemand daran verstorben ist, dagegen ein „T“ ein.

	Erkrankungen	Alter bzw. Sterbealter	lebt (L) verstorben (T)
Mutter	.....	.....	.....
Vater	.....	.....	.....
Großmutter mütterl.	.....	.....	.....
Großmutter väterl.	.....	.....	.....
Großvater mütterl.	.....	.....	.....
Großvater väterl.	.....	.....	.....
Geschwister	.....	.....	.....

weitere Blutsverwandtschaft: .....

### 2) Fragen zum bestehenden Impfschutz

(braucht nicht ausgefüllt zu werden, wenn die Daten Ihres Impfausweises schon in den Computer übernommen wurden)

**2a)** Wann haben Sie die letzte Tetanusinjektion bekommen? Vor etwa ..... Jahren

**2b)** Wann haben Sie die letzte Diphtherieimpfung bekommen ? Vor etwa ..... Jahren

**2c)** Wann haben Sie die letzte Polioimpfung bekommen ? Vor etwa ..... Jahren

**2d)** Wann haben Sie die letzte Gripeschutzimpfung bekommen ? Vor etwa ..... Jahren

**2e)** Wann haben Sie die letzte Rötelimpfung bekommen ? Vor etwa ..... Jahren

(Frage 2e braucht nicht von Männern und Frauen über 40 Jahren beantwortet zu werden)

**2f)** Einen **Impfausweis** habe ich  nie gehabt,  verloren,  zuhause,  immer bei mir.

2g) Ich habe den  gelben internationalen,  den deutschen,  keinen Impfpass.

## II. Ernährung, Trinken und Medikamente

3a) Worauf achten Sie bei Ihrer Ernährung :.....

.....

Wer hat Ihnen den Hauptanstoß in letzter Zeit gegeben ? : Lebenspartner , Eltern ,  
Bekannte , Radio , Fernsehen , Hausarzt , Zeitschrift , Bücher , Kur ,  
Krankenhaus , Diätkurs , oder :.....

3b) Wie sah Ihre Ernährung in den letzten vier Wochen durchschnittlich aus ?  
(Eine Portion hat 100-150 g, eine „2“ bedeutet also zwei Portionen a' 150 g in einer Woche)

### Anzahl Portionen pro 1 Woche

Fisch .....

Geflügel .....

Fleisch (Schwein, Rind) .....

Gegrilltes Fleisch/Wurst .....

Eier (gekocht o. gebraten) .....

Gemüse .....

Salat/Rohkost .....

Obst (außer Bananen) .....

Süßigkeiten/Kuchen .....

Cornflakes, Müsli .....

Haferflocken .....

Reis .....

Kartoffeln .....

Nudeln .....

### Anzahl Brot und -belag pro 1 Woche

Anzahl der Scheiben:.....

Brotsorten .....

Margarine wie oft ? .....

Diätmargarine Deli / Becel / Halbfett

Butter/auch Abschmecken.....

Fetter Käse über 40 % .....

Magerer Käse unter 40 % .....

Joghurt/ Dickmilch .....

Quark .....

Wurst-Schinkenscheiben

**Normalsalz**  tägliche Menge:

**Jodsalz** (gelb)  **Prise**

**Meersalz**  **Messerspitze**

**Kräutersalz**  **Teelöffel**

Ich esse normalerweise während einer Woche .....x kalt und .....x warm.

Ich esse .....x in der Woche in einer Kantine bzw.: ..... x im Imbiss.

Ich esse .....x in der  Woche,  Monat,  Jahr im Restaurant, Gaststätte.

Ich esse in der Woche ca. ....x Frischgemüse, ca. .... x Tiefkühlgemüse  
und ca.: ..... x Konservengemüse.

Ich beziehe Gemüse aus dem eigenem Garten:  ja oft,  selten,  nie.

**3c)** Ich habe schon etwa ..... x Diät- und .....x Fastenkuren gemacht

wo und weswegen?: .....

**3d)** Ich habe keine , hin und wieder , gelegentlich , oft , bzw. häufig Probleme mein Körpergewicht zu halten.

**3e)** Ich bin mit meinem Körpergewicht sehr , mittel , gar nicht zufrieden .

#### 4) Getränke in Gläser oder Tassen/ 1 Tag

Anzahl Gläser (200 ml)  
bzw. Tassen (150 ml) pro Tag

Kaffee .....

Schwarzer Tee .....

Kräuter-/Grüner Tee .....

Milch .....

Mineralwasser .....

Säfte .....

Limonade/Cola .....

Alkohol - Drinks ..... / Tag , Woche, Monat, Jahr .

Meistens Bier , Weißwein , Rotwein , Spirituosen über 30 % Alkohol .

Es passiert gar nicht , ganz selten , schon mal öfter im Jahr , fast jeden Monat, fast wöchentlich , dass ich **mehr Alkohol trinke, als ich mir vorgenommen habe** oder wollte.

Wegen Alkohol hatte ich noch nie , ganz vereinzelt , bzw. schon häufiger  Probleme am Arbeitsplatz  oder in der Partnerschaft .

#### 5. Hormone, Medikamente und Ergänzungsstoffe

Falls Sie eine Zeile mit Ja angekreuzt haben, geben Sie bitte in der zweiten Spalte an, seit wie viel Jahren dies etwa ist, und in der dritten Spalte um welches Medikament es sich handelt.

		wenn ja seit wann	Name des Medikamentes
Schilddrüsenhormone	nein <input type="checkbox"/> , ja <input type="checkbox"/>	.....	.....
Hormone in den Wechseljahren:	nein <input type="checkbox"/> , ja <input type="checkbox"/>	.....	.....
Antibabypille	nein <input type="checkbox"/> , ja <input type="checkbox"/>	.....	.....
Andere Hormone:	nein <input type="checkbox"/> , ja <input type="checkbox"/>	.....	.....
Beruhigungs- und Schlafmittel:	nein <input type="checkbox"/> , ja <input type="checkbox"/>	.....	.....

**6b)** Ich nehme neben den ärztlich verordneten Arzneimitteln  **Schmerzmittel**,  
 **Schlafmittel**,  **Vitamine**,  **Mineralien** oder  **andere freikäufliche Medikamente**

welche: .....

.....

### III. Risiken

1.) Ich habe mit dem **Rauchen** mit dem \_\_\_\_\_ Lebensjahr angefangen und rauche bis jetzt . Ich habe mit den \_\_\_\_\_ Lebensjahr aufgehört zu Rauchen.

Ich habe nie geraucht: ja , nein .

1c) Ich habe etwa \_\_\_\_\_ mal versucht mit dem Rauchen aufzuhören .

1d) Meine Umgebung und Partner rauchen sehr viel , viel , wenig , gar nicht .

Mein Vater raucht , rauchte , ist Nichtraucher .

Meine Mutter raucht , rauchte , ist Nichtraucherin .

1e) Ich rauche/te ca. \_\_\_\_\_ Zigaretten / Zigarren / Pfeifen am Tag (zutreffendes bitte unterstreichen)

2) **Stress** beruflich , privat , durch  Familie ,  Kinder,  Nachbarn.

habe ich sehr viel  viel  mittel  wenig

seit \_\_\_\_\_ Jahren  gar keinen Stress.

3) **Lärmbelästigung** Beruflich , privat: Wohnen , Familie , Verkehr , Musik .

habe ich sehr viel  viel  mittel  wenig

seit \_\_\_\_\_ Jahren  gar keine Lärmbelästigung.

4a) Ich mache \_\_\_\_ Stunden **Sport** und \_\_\_\_ Stunden ausgiebige **Bewegung** (z.B. spazieren, Fahrradfahren, Schwimmen) in der  Woche /  Monat.

4b) Ich habe eine **körperlich**  stark,  mittel,  gering **belastende Tätigkeit**

5a) Ich bin  in Schicht,  ganztags,  halbtags,  aushilfsweise  **berufstätig** bzw.

in der Ausbildung,  Student/-in,  arbeitslos seit ..... Jahren,  Hausfrau -mann.

Ich beziehe Rente seit .....Jahren,  habe einen Rentenantrag gestellt, MdE=\_\_\_\_\_ %

5b) Ich bin mit meiner **beruflichen Tätigkeit** und meinem Arbeitsplatz sehr zufrieden ,

gut zufrieden , mittel zufrieden , weniger gut zufrieden , ganz und gar nicht zufrieden .

5c) Ich bin mit meiner **wirtschaftlich-finanziellen Situation** sehr zufrieden ,

gut zufrieden , mittel zufrieden , weniger gut zufrieden , ganz und gar nicht zufrieden .

## IV. Allergien und Infekthäufigkeit

**1a)** Meine  Eltern oder  Geschwister haben eine  Allergie,  Asthma,  Hautleiden.

**1b )** Seit .....  Wochen,  Monaten,  Jahren habe ich  gelegentlich,  häufig

Augenjucken,  Naselaufen,  Hautbrennen,  Hautausschläge oder  Luftnot.

Eine Gräser- , Baumpollenallergie , Hausmilbenallergie  ist seit .....Jahren bekannt

Es wurde .....mal ein Pricktest und .....mal ein Epikutantest (mit Pflaster) durchgeführt.

**1c)** Meine Beschwerden sind  in geschlossenen Räumen,  in der freien Natur in den Monaten von .....bis ..... am stärksten. Sie sind das ganze Jahr über .

**1d)** Im Urlaub sind meine Beschwerden  wesentlich besser,  gleich,  schlechter.

**1e)** Nach dem Essen von .....bekomme ich  Unwohlsein,  Bauchschmerzen,  Durchfall,  Herzjagen oder  einen roten Kopf.

**1f)** Ich vertrage .....nicht.

**2a)** Ich bin etwa .....x / Jahr erkältet. Eine Erkältung dauert bei mir etwa .....  Tage,  Wochen und verläuft meistens  leicht,  mittel,  schwer.

**2b)** Ich bekomme  immer,  häufig,  selten,  nie und dann  geringes,  Fieber.

**2c)** Ich hatte in meinem Leben schon .....x Harnwegs- und .....x Durchfallserkrankungen.

**2d)** Ich hatte schon .....x Nasennebenhöhlen- bzw. .....x eine eitrige Mandelentzündung.

**2e)** Meine Mandeln wurden mit .....Jahren, der Blinddarm mit .....Jahren operativ entfernt.

**2f)** Nach der Entfernung der Mandeln trat eine  überzeugende,  deutliche,  geringe,  keine Besserung ein. Es trat eine Verschlechterung ein .

**2e)** Ich hatte schon etwa .....x im Leben eine Bronchitis mit eitrigem grün-gelbem Auswurf.

**2f)** Ich habe in meinem Leben schon etwa .....Antibiotikabehandlungen gehabt.

**3)** Ich bin einer **Belastung** durch  Tiere,  Pollen,  Verkehr,  Chemikalien ausgesetzt.

**4)** Ich wuchs überwiegend auf dem  Lande,  Kleinstadt,  Großstadt auf.

**5)** Ich habe/hatte  keine,  0-5,  mehr als 5,  mehr als 10 **Amalgamfüllungen** bzw. eine  Vollprothese im Mund seit ..... Jahren. Ich vermute, dass ich das Material im Mund nicht richtig vertrage:  ja,  nein. Ich habe mit vor ..... Jahren das Amalgam ersetzen

lassen. Grund:.....

6) Ich habe/hatte öfter  Zahnfleischentzündung oder  eiternde Zähne/-wurzeln.

## V. Leistungsfähigkeit, Beschwerden, Sozialfaktoren und Krebs

1a) Ich **fühle mich körperlich**:  exzellent,  gut,  mittel,  schlecht **fit**.

1b) Seit .....  Wochen,  Monaten,  Jahren fühle ich mich **nicht richtig fit**.

2) Ich fühle mich innerlich **nervös** oder **unruhig**

sehr stark                       stark                       mittel                       wenig  
Seit .....  Monaten ,  Jahren  gar nicht nervös und unruhig.

3a) Ich **schlafe**                       schlecht     mittel                       gut ein

3b) und schlafe                       schlecht     mittel                       gut durch.

3c) Meine Schlafdauer beträgt ca. \_\_\_\_\_ Stunden. Ich wache ca. \_\_\_\_\_ mal auf.

3d) Ich **fühle** mich tagsüber immer , zeitweise , meistens , müde, unkonzentriert , gut , sehr frisch .

4) Ich **lebe** seit \_\_\_\_\_ Jahren alleine bzw. seit \_\_\_\_\_ Jahren in fester Partnerschaft.  
Ich bin  ledig,  verheiratet,  verwitwet,  geschieden. Ich habe \_\_\_\_\_ Kinder. **4b)**

4a) Ich bin mit meiner Partnerschaft sehr zufrieden , gut zufrieden , mittel zufrieden , nicht so zufrieden , ganz und gar nicht zufrieden .

4b) Ich muss für \_\_\_\_\_ Personen außer mir und für \_\_\_\_\_ Tiere mich sorgen.  
Die Versorgung macht mir Spaß , ist mir eine Pflicht , belastet mich .

5) Meine **seelisches Befinden** ist  wechselhaft,  ziemlich konstant  sehr konstant.  
 sehr gut,  gut,  befriedigend,  unbefriedigend,  äußerst schlecht  
und dies seit etwa \_\_\_\_\_  Monaten ,  Jahren.

6) Ich bin  oft ,  selten,  gar nicht alleine. Ich bin  gern,  ungern alleine.

Ich kenne ca. \_\_\_\_\_ Personen mit denen ich regelmäßig gemeinsam etwas unternehme.

Ich gehe etwa .....x Jahr zu **Feiern**. Ich gehe .....x Jahr zu **Treffen** oder ins **Theater**.

**7) Meine Aktivitäten** (Beruf, Hausarbeit, Erholung, Soziale Kontakte, Partnerschaft und Selbstversorgung) sind durch Erkrankung, Schmerz und Behinderung

äußerst stark,  stark,  mittel,  ein wenig,  nicht beeinträchtigt.

**8) Meiner Lebenszufriedenheit** würde ich folgende Note (1-6) geben: .....

(Freunde, Freizeit, Gesundheit, Einkommen, Beruf, Wohnen, Familie, Partnerschaft)

**9) Ich habe zeitweise folgende Beschwerden bzw. Schwierigkeiten mit:**

Kopfschmerzen , Nackenschmerzen , Rücken- , Bauch- , Verdauungs-  
beschwerden , Sodbrennen , Stuhlgang , Luftnot , Kurzatmigkeit ,  
Unregelmäßiger Herzschlag , Schwindel , Kloßgefühl , Reizbarkeit ,  
Angstgefühle , Wasserlassen und -halten , Schwitzen , Stiche und Schmerzen in  
der Brust , Zittern , Krämpfe , Gewichtveränderung , Leistungsabfall , kalte  
Hände , kalte Füße , Fußpilz , andere Pilzerkrankungen , Appetit- und  
Essstörungen , Schluckstörungen , Erbrechen , Übelkeit , Schwerhörigkeit  
, Hauterkrankungen , Atembeschwerden , Gefühlsstörungen , Schlechtes  
Sehen , Konzentration , Merkfähigkeit , Alkohol , Drogen , Schlafmittel ,  
Schmerzmittel , Krampfadern , Hämorrhoiden .

Schmerzen: täglich , wöchentlich , monatlich , nie . Seit .....Jahren

wo sind die Schmerzen:.....

Ohrgeräusche: täglich , wöchentlich , monatlich , nie . Seit .....Jahren

**10) Mein allgemeiner Gesundheitszustand** ist : (bitte Schulnote 1-6 vergeben:) \_\_\_\_\_

### 11) Fragen zur Krebsfrüherkennung

1. Wann wurde die letzte Krebsfrüherkennungsuntersuchung durchgeführt? 19.....
2. Wie oft etwa wurde eine Krebsfrüherkennungsuntersuchung durchgeführt? .....x
3. Abgang von Blut oder Schleim mit dem Stuhl bemerkt **ja** , **nein**
4. Neu aufgetretene Unregelmäßigkeiten im Stuhlgang **ja** , **nein**
5. Beschwerden beim Wasserlassen ? **ja** , **nein**
6. Bräunlich oder rötlich gefärbter Urin? **ja** , **nein**
7. Wachstum, Verfärbung oder Blutung eines Pigmentfleckens oder  
Knotens der Haut ? **ja** , **nein**
- 7a. Ich hatte schon .....schwere Sonnenbrände in meinem Leben
8. Knoten, insbesondere in der Leiste oder Axel bemerkt? **ja** , **nein**
9. Stuhlgangshäufigkeit: wie oft am Tag ? .....x oder alle ..... Tage ?

10. Husten mehr als 3 Wochen ? ja , nein
11. Beim Abtasten der Brust und Achselhöhle Knoten bemerkt ? ja , nein
12. Ungewöhnliche Blutungen oder Ausfluss bemerkt ? ja , nein

**12)** Mein **Augeninnendruck** wurde zuletzt 19..... gemessen und war **in Ordnung** , bzw. war **nicht in Ordnung** .

## VI. Erkrankungen des Alters

### 13) Fragen zur Osteoporose

1. Ich habe häufig Rücken oder Knochenschmerzen seit.....Jahren
2. Ich hatte schon .....x Knochenbrüche ohne starke Außeneinwirkung
3. Ich bin in letzter Zeit kleiner geworden ja , / nein . Dies waren etwa .....cm

**Nur bei Frauen:**

4. Erste Regel mit..... Jahren. Letzte Regel mit.....Jahren. Entfernung der Eierstöcke und/oder Gebärmutter mit..... Jahren. Ich habe .....Kinder davon ..... gestillt.

### 14) Fragen zur Erkennung von Herz-Kreislauf- und Lungenerkrankungen

1. Beim Treppensteigen bekomme ich nach etwa .....Stockwerken Luftnot
2. Beim Laufen bekomme ich nach etwa .....Metern Krämpfe im Bein
3. Seit .....Jahren muss ich nachts .....x Aufstehen um Wasser zu lassen
4. Das erste mal ist das um ..... Uhr. Es entleert sich viel , wenig Urin ,
5. Seit .....Wochen/Monaten/Jahren habe ich einen unregelmäßigen Herzschlag oder Herzstolpern bemerkt. Dieses tritt besonders bei .....auf.
6. Seit.....Wochen , Monaten , Jahren  habe ich bei Anstrengungen Luftnot oder Anfälle von Luftnot.
7. Seit.....Wochen , Monaten , Jahren  sind die Beine abends **schwer** , **leicht** , **stark** , angeschwollen.
8. seit.....Wochen , Monate , Jahren , habe ich **Brennen** , **Drücken** , **Schmerzen** , **in der Brust**.
9. Ich bin schon einmal fast ohnmächtig geworden , oder habe das **Bewusstsein** ganz verloren .

10. Ich habe in den letzten fünf Jahren ..... x Bronchitis gehabt.

11. Ich bin frühmorgens schon einmal wegen Luftnot wachgeworden  ja,  nein

12. Bei einer Infektion , bei Anstrengung  bei Kälte  habe ich schon einmal ein pfeifendes Atemgeräusch bei mir wahrgenommen.

### 15) Fragen zur Gehirn- und Gedächtnisfunktionen

1. Ich vergesse seit .....Wochen , Monaten , Jahren , leicht Dinge, die ich mir **merken** wollte.

2. Ich habe nie , manchmal , / häufig , fast immer  **Mühe mich zu erinnern** wo ich etwas **hingelegt** habe oder zu merken was ich gerade **erledigen** wollte.

3. Ich habe nie , manchmal , häufig , täglich  **Schwindel**.

4. Mein **Geruchs-** , **Geschmacks-** , **Gehör-** , **oder Sehsinn**  hat deutlich nachgelassen.

5. Ich habe nie , manchmal , häufig , täglich  Schwierigkeiten die rechten **Worte zu finden**.

6. Mein **Schriftbild** hat sich verschlechtert: ja , nein .

7. **Kleine Zeichnungen** fallen mir neuerdings schwer ja , nein .

Bitte zeichnen Sie das Ziffernblatt einer Uhr mit allen vollen Stunden und beschriftetem das Ziffernblatt mit den Zahlen der jeweiligen Stunde und tragen die Zeigerstellung „Zehn Minuten vor 3 Uhr“ bzw. „2 Uhr und 50 Minuten“ ein. Danach zeichnen Sie bitte einen Würfel mit möglichst wirklichkeitsnaher räumlicher Perspektive:

1. Ziffernblatt mit vollen Stunden und Zeigern:

2. Würfel mit räumlicher Wirkung:

Raum für weitere Beschwerden:

Für das Ausfüllen des Fragebogens benötige ich etwa ..... Minuten / Stunden

Ich würde den Fragebogen ohne weiteres , nur ungern , nicht wieder  ausfüllen.

Ich finde es gut und richtig, dass zur genauen Beschreibung meiner Beschwerden ein schriftlicher Patientenfragebogen verwendet wird; ja , nein .

Der Fragebogen ist zu umfangreich , gerade richtig , nicht gründlich genug .

Die Fragen sind gut , mittel , schlecht verständlich  gewesen.

Ich würde dem Fragebogen die Schulnote (1-6) ..... geben (1=sehr gut, 6=ungenügend)

## Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

12/99

zur Einhaltung Ihrer wichtigen **Termine** (Impfungen, Vorsorge, Nachsorge etc.) ist es ratsam, Sie schriftlich oder telefonisch daran zu erinnern. Ebenfalls können wir Sie auf **Praxisseminare** (Rückenschule, Ernährungsberatung, Entspannungstraining, Nichtraucherurse etc.) hinweisen. Auch **Nachbefragungen** zur Qualitätskontrolle Ihrer Behandlung sind am besten postalisch abzuwickeln.

Um Sie außerhalb des Behandlungsquartals ansprechen zu können, benötigen wir Ihr schriftliches Einverständnis, dass wir Sie postalisch benachrichtigen dürfen. Dieses können Sie durch Ihre Unterschrift mit Angabe des Datums kundtun.

Falls Sie zusätzlich zu einer der eine der fettgedruckten Serviceleistungen benachrichtigt werden möchten, kreuzen Sie diese bitte in dem betreffenden Kreis an:

An Praxisveranstaltungen würden mich interessieren

- a.  Rückenschule
- b.  Entspannungs-, Antistresstraining nach Jacobson
- c.  gesunde Ernährung / Vitamine und Mineralien
- e. Diätberatung bei
  - a.) Übergewicht
  - b.) Diabetes mellitus
- f.  Nichtrauchertraining

Falls Sie keinerlei Benachrichtigung möchten, lassen Sie bitte das ganze Blatt unausgefüllt und unterschreiben nicht.

**Mit einer brieflichen Benachrichtigung bin ich einverstanden:**

**O JA**

**O Nein**

\_\_\_\_\_ den \_\_\_\_\_  
Unterschrift des Patienten