

Patienten-ID: Mobilnr: E-Mail:

Liebe Patientin, lieber Patient,
bitte füllen Sie zur Vorbereitung Ihrer Vorsorgeuntersuchung diesen Fragebogen
bereits vor dem Sprechstundentermin aus. Bringen Sie zum Untersuchungstermin bitte mit:
ausgefüllten Fragebogen Impfausweis

Bedenken Sie bitte, dass es nötig sein kann, sich für die Untersuchung komplett zu entkleiden.

Vielen Dank! Ihr Praxisteam

Wenn eine der Fragen auf Sie zutrifft – und Sie darüber sprechen wollen, kreuzen Sie „JA“ an.
JA NEIN

1. Sind in Ihrer Familie enge Verwandte (Eltern, Geschwister) an einem Herzinfarkt, Darmkrebs, Diabetes oder an Bluthochdruck erkrankt? Wer?.....
2. Stimmt für Sie der Satz: Ich bewege mich täglich weniger als 30 Minuten (z.B. Spazieren gehen – Sport – Radfahren)?
3. Rauchen/Dampfen Sie? Zig/Tag
4. Sind Sie mit Ihrem Körpergewicht unzufrieden?
5. Haben Sie Probleme mit dem Blutdruck?
6. Stimmt für Sie der Satz: Ich kann im Alltag nicht mehr alles tun, was ich vor einem Jahr noch konnte?
7. Haben Sie sich schon mal gesagt, Sie sollten weniger Alkohol trinken?
Wie viel Alkohol trinken Sie?

	täglich	wöchentlich	selten	nie
Bier				
Wein				
Spirituosen				

8. Haben Sie das Gefühl, sich zu lange am Computer oder im Internet aufzuhalten?
9. Schlafen Sie tagsüber ungeplant ein?
10. Haben Sie Schlafprobleme?
11. Haben Sie Rücken- oder Gelenkbeschwerden?
12. Haben Sie Probleme mit dem Wasserlassen/das Wasser zu halten?
13. Gehen Sie regelmäßig zum Zahnarzt?
14. Haben Sie nahe Verwandte mit grünem Star oder sind Sie stark kurzsichtig?
15. **Frauen:** Haben Sie Beschwerden mit der Regelblutung? Gehen Sie zum Frauenarzt?
16. Nehmen Sie regelmäßig frei verkäufliche Medikamente/Vitamine oder solche, die andere Ärzte/Heilpraktiker Ihnen verschrieben haben (auch die Pille)?
17. Ist bei Ihnen eine Allergie bekannt, über die wir noch nicht gesprochen haben?



18. Fühlten Sie sich im letzten Monat öfter traurig, bedrückt oder hoffnungslos?
19. Hatten Sie letzten Monat deutlich weniger Lust und Freude an Dingen, die Sie sonst gerne tun?
20. Haben Sie ernsthafte Probleme mit Ihrer Lebenssituation, Lebenspartner/in oder Kindern?
21. Gibt es Angelegenheiten der Familienplanung/Sexualität, über die Sie sprechen möchten?
22. Fehlen Ihnen Menschen, auf deren Hilfe Sie zählen können?
23. Sind Sie arbeitslos oder mit Ihrer Arbeit unzufrieden?
24. Pflegen Sie jemanden regelmäßig?
25. Haben Sie ernsthafte finanzielle Sorgen?
26. Haben Sie eine Vorsorgevollmacht und/oder eine Patientenverfügung?
Möchten Sie mit uns über eine Patientenverfügung, Organspende oder Impfungen sprechen?
27. Haben Sie an der Darmkrebsvorsorge teilgenommen (Spiegelung oder Stuhltest)?
28. Sind Ihnen Veränderungen Ihrer Haut aufgefallen?
29. Sind Sie durch Freizeit (Sonnen im Urlaub, Solarien usw.) oder Beruf mehr als andere Menschen in der Sonne?
30. Gibt es noch ein weiteres Problem, das wir bislang nicht angesprochen haben?

.....

Um Sie bei möglichen abzuklärenden Befunden beraten und ggf. behandeln zu können, kann es zudem erforderlich sein, dass wir uns über Behandlungsdaten mit anderen fachärztlichen Praxen austauschen müssen. Hierzu bitten wir um Ihr Einverständnis (s. unten).

Hiermit erkläre ich mein Einverständnis (nicht Zutreffendes offen lassen):

mit der Anforderung von Befunden und Behandlungsdaten bei anderen (Fach-)Ärztinnen und -ärzten

Übermittlung erforderlicher Befunde und Behandlungsdaten an andere (Fach-)Ärztinnen und -ärzte

mit einer Erinnerung an Vorsorgeuntersuchungen, Impfungen etc.

mit dem Übertrag der Daten in meine elektronische Patientenakte

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung zu jedem Zeitpunkt widerrufen kann. Ansonsten gilt sie über den Tod hinaus. Ich wurde über Sinn und Zweck dieser Schweigepflichtentbindung sowie die Folgen einer Verweigerung informiert.

Mir ist bekannt, dass meine Behandlungsdaten in der Arztpraxis gespeichert werden. Alle Mitarbeiter der Praxis haben Zugriff auf diese Daten. Ich wurde auf die allgemeine Patienteninformation der Praxis zum Datenschutz hingewiesen und habe diese zur Kenntnis genommen.

.....
Datum

.....
Unterschrift

