


Name/Vorname/Geb.datum/Adresse

	 <p><b>Allgemeinarztpraxis Steikert</b> Gabriele Steikert Fachärztin für Allgemeinmedizin</p>
--	---

## Gesundheitsfragebogen

Bitte füllen Sie diesen Gesundheitsfragebogen vor Ihrem ersten Termin in unserer Praxis aus. Sollte Ihnen eine Frage unverständlich erscheinen, wird Ihnen eine unserer Mitarbeiterinnen gerne bei der Beantwortung behilflich sein. Denken Sie bitte an Ihren **Impfausweis!**

### Soziales:

Familienstand       verheiratet       ledig       verwitwet       geschieden

Beruf.....  
(vorwiegende Tätigkeit wie Sitzen, einseitige Belastung, extreme Temp. Etc.)

### Lebensstil:

Rauchen       nein       ja, .....Zigaretten/Tag

Alkohol       nie       gelegentlich       regelmäßig

Sport       nie       gelegentlich       regelmäßig

Körpergröße  cm

Körpergewicht  kg

### Ich nehme folgende Medikamente ein:

(sollte der Platz nicht reichen, benutzen Sie bitte die Rückseite!)

Medikament	Stärke	morgens	mittags	abends	bei Bedarf

### Meine letzte Vorsorge: (falls nicht bekannt, ein „?“ einfügen):

Hautkrebsscreening

Gesundheitsuntersuchung

Darmspiegelung

### Ich leide an:

Hohem Blutdruck       nein       ja, seit.....

Erhöhtem Zucker/Diabetes       nein       ja, seit .....

Erhöhten Blutfettwerten/Cholesterin  nein       ja, seit .....

Erhöhten Harnsäurewerten/Gicht       nein       ja, seit .....

Allergien       nein       ja, an.....

**Ich leide u./o. litt an folgenden Erkrankungen:**

- Seelische Erkrankungen  nein  ja, .....
- (Depressionen etc)
- Krebserkrankungen  nein  ja, .....
- (Brust, Prostata, Darm etc.)
- Herz  nein  ja, .....
- (Herzinfarkt, KHK, Klappenfehler etc)
- Lunge  nein  ja, .....
- (Astmha, chronische Bronchitis etc.)
- Magen  nein  ja, .....
- (Geschwür etc.)
- Darm  nein  ja, .....
- (Polypen, Darmentzündung etc.)
- Leber  nein  ja, .....
- (Leberentzündung, Gelbsucht etc.)
- Gallenblase  nein  ja, .....
- (Steine, operierte Gallenblase etc.)
- Niere/Harnblase  nein  ja, .....
- (Blasenschwäche, Nierensteine etc.)
- Wirbelsäule  nein  ja, .....
- (Bandscheibenvorfall, operiert? etc.)
- Gelenke  nein  ja, .....
- (Arthrose, künstlicher Gelenkersatz? etc.)
- Gehirn  nein  ja, .....
- (Schlaganfall, Epilepsie etc.)
- Blut  nein  ja, .....
- (Blut- oder Eisenmangel etc.)
- Schilddrüse  nein  ja, .....
- (Über-/Unterfunktion, Knoten etc.)
- Augen/Ohren  nein  ja, .....
- (Brille, Grüner/grauer Star, Schwerhörigkeit etc.)
- Haut  nein  ja, .....
- (Schuppenflechte etc.)
- Nerven  nein  ja, .....
- (Nervenlähmungen, Polyneuropathie etc.)

**Krankenhausaufenthalte/Operationen/“größere Untersuchungen**

Krankenhaus	Wann?	Weswegen?

**Ihre E-Mail-Adresse für Mitteilungen von Praxisinformationen:**

Ich wünsche per E-Mail aktuelle Praxisinformationen  ja  nein  
 (Ihre Angaben sind freiwillig und jederzeit widerrufbar, wählbare Informationen:  
 Praxisurlaubszeiten, Terminbestätigung, Erinnerung an Impftermine/Gesundheitsuntersuchung etc.)

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!