

BITTE UNBEDINGT VOR DEM ARZTTERMIN AUSFÜLLEN!

Fragebogen Gesundheitscheck *doo it*

Name	Datum	
Abteilung		
Personalnummer		
RR	Geburtsdatum	kg
Auskultation Herz, Lunge	Alter	cm

Kreuzen Sie jene Beschwerden an, von denen Sie betroffen sind

Schmerzen an der Lendenwirbelsäule

- akut:** erstmalig oder nach mindestens 6 beschwerdefreien Monaten; Dauer max. 3 Monate
- zeitweilig:** Dauer max. 3 Monate, nicht öfter als 1 x pro Jahr
- wiederkehrend:** mehrmals pro Jahr, aber an weniger als der Hälfte der Tage des Jahres
- ständig:** an mehr als der Hälfte der Tage des Jahres

Schmerzen an der Halswirbelsäule

akut zeitweilig wiederkehrend ständig

Schmerzen an der Brustwirbelsäule

akut zeitweilig wiederkehrend ständig

Bandscheibenvorfälle
welcher WS-Abschnitt? _____ wann? _____

Andere Gelenkserkrankungen/-verletzungen – welche? _____

Leistenbruch _____

Andere _____

Wurden bei Ihnen folgende Operationen durchgeführt?		Datum
	Wirbelsäule - wenn ja, welcher Abschnitt:	
	Bauchoperationen (< 1 Jahr zurück):	
	Andere Operationen:	

Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an

- Bei mir ist ein hoher Blutdruck bekannt
- Bei mir sind erhöhte Blutfettwerte (Cholesterin) bekannt
- Ich bin Diabetiker
- Ich leide an chronischer Bronchitis, Asthma bronchiale, Atemnot
- Ich leide unter Blutarmut (Anämie)
- Ich leide an Angina pectoris, Herzrhythmusstörungen, Herzklappenerkrankungen, Herzentzündungen, Vorhofflimmern, angeborenem Herzfehler, hatte bereits einen Infarkt, Schlaganfall, Sonstiges (ev. Zutreffendes bitte unterstreichen)
- Ich leide an Epilepsie
- Ich leide an einer sonstigen nicht genannten Erkrankung: _____
- Ich nehme regelmäßig folgende Medikamente ein: _____
- Ich habe bereits einmal eine Vorsorgeuntersuchung gemacht, zuletzt im Jahr: _____

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, alle Fragen wahrheitsgemäß beantwortet zu haben
