



Gesundheitsfragebogen

Liebe Patientin, lieber Patient!

Je mehr ich über Sie erfahre, desto besser kann ich mich auf Ihren Besuch vorbereiten und Sie gesundheitlich unterstützen. In diesem Sinne bitte ich Sie, den Bogen auszufüllen und ihn mir vor Ihrem Ersttermin zukommen zu lassen (ausgedruckt per Post oder per Mail als PDF Datei). Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit!

Name:	Vorname	Geb.-Datum
Straße + Hausnr.:	PLZ	Ort
E-Mail:	Tel. Festnetz	Mobil
Krankenkasse:	Körpergröße	Gewicht
Hausarzt:		

Wie sind Sie auf mich aufmerksam geworden?

Instagram	auf Empfehlung von	
Ärztbewertungsportale	Praxishomepage	Sonstiges

Welches Anliegen führt Sie zu mir?

Erkrankungen der Familie

Mutter

Vater

Geschwister

Bluthochdruck
Diabetes
Herzinfarkt
Schlaganfall
Krebserkrankung (welche?)
Neurodermitis / Allergie / Asthma
Depression/ Nervenleiden
Andere wichtige Erkrankungen

Mutter verstorben?	nein	ja	wann?	Alter?	woran?
Vater verstorben?	nein	ja	wann?	Alter?	woran?

Welche Erkrankungen gab oder gibt es bei Ihnen selbst und (seit) wann?

Bluthochdruck	seit	Schilddrüsenerkrankung	seit
Herzinfarkt		Nierenerkrankung	
Koronare Herzkrankheit		Chron. Darmerkrankung	
Schlaganfall		Lebererkrankung	
Herzrhythmusstörungen		Rheuma	
Thrombose		Hörsturz/ Tinnitus	
Lungenembolie		Depression/ Nervenleiden	
Diabetes mellitus		Neurodermitis	
Asthma		Heuschnupfen	
COPD/ Emphysem		Andere Allergien	
Reizdarm		Der letzte Allergietest war im Jahr:	
Krebserkrankung, wenn ja: welche?			



Welche anderen Erkrankungen gibt oder gab es bei Ihnen noch und (seit) wann?

Gab es bedeutsame Operationen, Unfälle oder Verletzungen, insbesondere der Halswirbelsäule (wann? was?):

Gab es bei früheren Laboruntersuchungen einmal Auffälligkeiten?

noch nie oder **auffällig waren schon mal die:**
Leberwerte Nierenwerte Blutzuckerwerte Cholesterin Entzündungswerte
Eisenmangel Blutarmut Schilddrüsenwerte

Leiden Sie oder litten Sie früher schon einmal an folgenden Beschwerden?

(fast) nie ab und zu häufig (fast) immer

Verstopfte Nase/ Nase laufen/ Niesen
Luftnot bei Anstrengung
Luftnot in körperlicher Ruhe
Engegefühl/Beklemmung der Brust
Einschlafstörung
Durchschlafstörung
Schnarchen
Nächtliche Atemauffälligkeiten/ -pausen
Nächtliches Wasserlassen
Nächtliches Zähneknirschen
Morgendliche Unausgeschlafenheit
Müdigkeit am Tage
Rasche Erschöpfung bei Anstrengung
Konzentrationsstörung
Gedächtnisstörung
Schwindel
Heißhungerattacken
Appetitlosigkeit
Mundgeruch
Rückenschmerzen: Halswirbelsäule
Rückenschmerzen: Lendenwirbelsäule
Hüftprobleme / -schmerzen
Knieprobleme / -schmerzen
Sonstige Gelenkbeschwerden
Muskel- oder Wadenkrämpfe
Muskelschwäche
Antriebslosigkeit / Lustlosigkeit
Traurigkeit / Depressivität
Ängste
Vermehrtes Schwitzen tagsüber
Vermehrtes Schwitzen nächtlich
Kopfschmerzen
Haarausfall
Hautprobleme (Jucken, Rötung, Akne...)
Gehäuftes Wasserlassen
Augentrockenheit
Mundtrockenheit
Wassereinlagerungen (Hände? Füße?)



Infektanfälligkeit

Grippe/ Erkältung u. ä.: in den letzten 5 Jahren durchschnittlich mal pro Jahr
 Blasenentzündungen: in den letzten 5 Jahren durchschnittlich mal pro Jahr

Antibiotikabehandlungen: (egal ob bei Erkältung, Blasenentzündung, Zahnproblemen, Operationen ...)

In Ihren ersten (!) 5 Lebensjahren insgesamt: mal In den letzten 10 Jahren insgesamt: mal

Verdauungsgewohnheiten und -beschwerden:

Wie oft haben Sie Stuhlgang? mal pro Tag, wenn nicht täglich: mal pro Woche
 Konsistenz des Stuhls überwiegend: hart normal breiig Durchfall wechselnd
 (fast) nie ab und zu häufig (fast) immer derzeit
 Blähungen
 Bauchschmerzen/-krämpfe
 Völlegefühle
 Übelkeit
 Erbrechen
 Sodbrennen
 Saures Aufstoßen
 Vermehrtes Aufstoßen (nicht sauer)

Rauchgewohnheiten:

Nichtraucher
 Raucher seit dem Jahr Zigaretten pro Tag , ca. Zigaretten pro Tag
 Exraucher von bis , ca. Zigaretten pro Tag

Veränderung Ihres Körpergewichts:

Ich habe in den letzten 10 Jahren unterm Strich:

mein Gewicht kaum verändert kg abgenommen kg zugenommen

Treiben Sie regelmäßig Sport?

nein ja mal pro Woche für ca. Minuten. Sportart/-en:

Tragen Sie aktuell noch Amalgamfüllungen? Nein oder:

Ja, ich habe 1-2 3-5 6-8 9 oder mehr Amalgamfüllungen
 Haben Sie
 Implantate? nein Ja, ich habe 1-2 3-5 6-8
 Überkronte Zähne? nein Ja, ich habe 1-2 3-5 6-8
 Wurzelgefüllte/ tote Zähne? nein Ja, ich habe 1-2 3-5 6-8

Wie oft essen/trinken Sie durchschnittlich folgende Nahrungsmittel?

(fast) nie ab und zu mehrfach pro Wo. 1x täglich mehrfach täglich
 Milch
 Quark
 Joghurt
 Käse
 Eier
 Brot / Brötchen
 Müsli
 Nudeln
 Kuchen
 Süßigkeiten



(fast) nie ab und zu mehrfach pro Wo. 1x täglich mehrfach täglich

Kaffee
Tee
Wasser mit /
ohne Kohlensäure
Fruchtsäfte

Coca Cola
Süßgetränke
Bier (Gläser)
Wein (Gläser)
Schnaps / Cognac / Whisky

Wie viel Liter trinken Sie durchschnittlich pro Tag (alle Getränke zusammengerechnet)?

Liter

Gibt es Nahrungsmittel, die Ihnen (egal wie) nicht gut bekommen?

Beziehungssituation: ich bin allein lebend geschieden verheiratet
in fester Partnerschaft ich habe Kind/-er keine Kinder

Derzeitige berufliche Tätigkeit:

Wochenarbeitszeit

Stunden

Notieren Sie nun bitte noch alle (!) Medikamente und Nahrungsergänzungsmittel, die Sie aktuell einnehmen inklusive verhütender Maßnahmen, Sprays und Bedarfsmedikamente (Schmerz-, Allergie- und Schlaftabletten etc.).

**Zur Medikation: Wenn auf der Packung der Präparate eine Mengenangabe ersichtlich ist, bitte aufführen:
z. B. Ramipril 5 mg oder L-Thyroxin 75**

Medikament: morgens mittags abends z. Nacht nur bei Bedarf

Was erwarten Sie von meiner Behandlung?

Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit!

GESUNDHEITSPRAXIS-KARLSRUHE

Dr. Peter Baader

Rastatter Straße 66
76199 Karlsruhe

Tel: 0721 46716308

Mobil: 0176 57733245

Mail: info@gesundheitspraxis-karlsruhe.de

Web: www.gesundheitspraxis-karlsruhe.de

GESUND BLEIBEN – GESUND WERDEN

