



## Gesundheitsfragebogen IHHT

### 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	
Ärztewertungsportale	Praxishomepage	Sonstiges

### 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, (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  
Rückenschmerzen: Halswirbelsäule  
Rückenschmerzen: Lendenwirbelsäule  
Sonstige Gelenkbeschwerden  
Muskel- oder Wadenkrämpfe  
Muskelschwäche  
Antriebslosigkeit / Lustlosigkeit  
Traurigkeit / Depressivität  
Ängste  
Vermehrtes Schwitzen tagsüber  
Vermehrtes Schwitzen nachts  
Kopfschmerzen  
Gehäuftes Wasserlassen  
Augentrockenheit  
Mundtrockenheit  
Wassereinlagerungen (Hände? Füße?)  
Blähungen  
Völlegefühl  
Sodbrennen  
Übelkeit  
Erbrechen

**Infektanfälligkeit**

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

**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 2 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:

**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

---

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**

