



Name : _____

Patientennummer : _____

Liebe Patientin, lieber Patient,
als Vorbereitung auf die geplante Vorsorgeuntersuchung möchten wir Sie bitten diesen Fragebogen bereits vor dem Beratungsgespräch auszufüllen. Mit diesem Fragebogen können wir noch gezielter auf häufige Erkrankungen oder Probleme Ihrer Altersgruppe eingehen. Sie können uns helfen zu erkennen, wo der Schuh drückt, indem Sie den Fragebogen ausfüllen (natürlich nur, wenn Sie darüber sprechen wollen).

Wenn eine der folgenden Fragen auf Sie zutrifft – und wenn Sie darüber sprechen wollen, dann kreuzen Sie einfach ein „JA“ an.

	JA	NEIN
1. Sind in Ihrer Familie enge Verwandte (Eltern, Geschwister) an einem Herzinfarkt, an Diabetes oder an Bluthochdruck erkrankt?	☐	☐
2. Stimmt für Sie der Satz: Ich bewege mich täglich weniger als ½ Stunde. (z.B. Spazieren gehen – Sport – Radfahren - Tanzen)?	☐	☐
3. Rauchen Sie? _____Zig/d	☐	☐
4. Sind Sie mit ihrem Körpergewicht unzufrieden?	☐	☐
5. Haben Sie Probleme mit dem Zahnfleisch oder Mundgeruch?	☐	☐
6. Für viele leichtere Erkrankungen braucht man nicht unbedingt einen Arzt. Möchten Sie Beratung zum Umgang mit grippalen Infekten, Magen-Darm-Problemen oder Rückenschmerzen?	☐	☐
7. Nehmen Sie regelmäßig frei verkäufliche Medikamente ein oder solche, die andere Ärzte oder Heilpraktiker Ihnen verschrieben haben (auch die Pille)? _____	☐	☐
8. Ist bei Ihnen eine Allergie bekannt?	☐	☐
9. Haben Sie sich schon mal gesagt, Sie sollten weniger Alkohol trinken?	☐	☐
10. Haben Sie das Gefühl, sich zu lange am Computer oder im Internet aufzuhalten? Oder haben Sie das Gefühl, dass Glücksspiel ein Problem für Sie ist?	☐	☐
11. Fehlen Ihnen Menschen, denen Sie vertrauen und auf deren Hilfe Sie zählen können?	☐	☐
12. Sind Sie arbeitslos ☐ oder mit Ihrer Arbeit sehr unzufrieden?	☐	☐
13. Haben sie ernsthafte finanzielle Sorgen?	☐	☐



Gemeinschaftspraxis für Familienmedizin Dres. med. Mühlenfeld, Brase, Cepek, Coutelle
FB Vorsorgeuntersuchung Fragebogen 18-34 Jahre
Version 1.9

	JA	NEIN
14. Wenn Sie oder Ihre Eltern in einem anderen Land geboren sind: fühlen Sie sich deshalb benachteiligt?	☐	☐
15. Haben Sie ernsthafte Probleme mit Ihrer Lebenssituation, mit Ihrem Lebenspartner oder mit Ihren Kindern? _____	☐	☐
16. Gibt es Angelegenheiten der Familienplanung/ Sexualität, über die Sie mit uns sprechen möchten?	☐	☐
17. Haben Sie sich im letzten Monat häufig niedergeschlagen, traurig, bedrückt oder hoffnungslos gefühlt?	☐	☐
18. Hatten Sie im letzten Monat deutlich weniger Lust und Freude an Dingen, die Sie sonst gerne tun?	☐	☐
19. Wann war Ihre letzte Tetanusimpfung? _____ Bringen Sie bitte Ihren Impfausweis zum Untersuchungstermin mit!		
20. Für Frauen: haben Sie noch nie oder lange nicht mehr an einer Krebsvorsorge-Untersuchung am Gebärmutterhals teilgenommen?	☐	☐
21. Für Frauen: haben Sie Beschwerden mit Ihrer Regelblutung?	☐	☐

Gibt es noch ein weiteres Problem, das wir bislang nicht angesprochen haben?

☐ ☐

Wenn ja; welches:

Hiermit erkläre ich mein Einverständnis:

- ☐ mit der Anforderung von Befunden und Behandlungsdaten bei anderen (Fach-)Ärzten
- ☐ Übermittlung erforderlicher Befunden und Behandlungsdaten an andere (Fach-)Ärzte
- ☐ mit einer Erinnerung an Vorsorgeuntersuchungen, Impfungen etc.

*Es ist mir bekannt, dass diese Erklärung zu jedem Zeitpunkt widerrufbar ist. Ansonsten gilt sie über den Tod hinaus. Ich wurde über Sinn und Zweck dieser Schweigepflichtsentbindung sowie die Folgen einer Verweigerung informiert. * **Nicht zutreffendes offen lassen***

Mir ist bekannt dass meine Behandlungsdaten in der Arztpraxis für Familienmedizin 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.

Name des Patienten leserlich in Druckbuchstaben

Unterschrift des Patienten

geändert: 24.05.2018
A.Ahrens

geprüft: 00.00.2018
Dr. Mühlenfeld

freigegeben: 26.05.2018
Dr. Mühlenfeld