

## GESUNDHEITSFRAGEBOGEN

Bitte beantworten Sie den folgenden Fragebogen möglichst genau und vollständig. Sie erleichtern damit unser anschließendes Gespräch. Vielen Dank.

Name: \_\_\_\_\_ Geb. Datum: \_\_\_\_\_  
erlernter Beruf: \_\_\_\_\_ ausgeübte Tätigkeit: \_\_\_\_\_  
Körpergröße: \_\_\_\_\_ Körpergewicht: \_\_\_\_\_  
Rauchen Sie?  Ja seit \_\_\_\_\_  Nein  
Trinken Sie Alkohol?  Ja  Nein

Leiden oder litten **Sie** an einer der folgenden Erkrankungen?

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck                             | <input type="checkbox"/> Tuberkulose             |
| <input type="checkbox"/> Gemütsleiden                              | <input type="checkbox"/> Fettstoffwechselstörung |
| <input type="checkbox"/> Schlaganfall                              | <input type="checkbox"/> Herzinfarkt             |
| <input type="checkbox"/> Magen-Darm-Geschwür                       | <input type="checkbox"/> Krebserkrankung         |
| <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung                    | <input type="checkbox"/> Herzrhythmusstörungen   |
| <input type="checkbox"/> Thrombose                                 | <input type="checkbox"/> Krampfadern             |
| <input type="checkbox"/> Asthma bronchiale                         | <input type="checkbox"/> Durchblutungsstörungen  |
| <input type="checkbox"/> Zuckerkrankheit, wenn ja seit wann: _____ |  |
| <input type="checkbox"/> Haut-Krankheiten: _____                   |  |
| <input type="checkbox"/> Allergie gegen: _____                     |  |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____                          |  |

Sind in **Ihrer Familie** (Eltern, Geschwister, eigene Kinder) folgende Krankheiten aufgetreten?

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Schlaganfall            | <input type="checkbox"/> Herzinfarkt           |
| <input type="checkbox"/> Zuckerkrankheit         | <input type="checkbox"/> Krebserkrankung       |
| <input type="checkbox"/> Fettstoffwechselstörung | <input type="checkbox"/> Herzrhythmusstörungen |

Welche Operationen wurden bei Ihnen bisher durchgeführt?

\_\_\_\_\_

Welche Medikamente nehmen Sie zur Zeit regelmäßig ein?

\_\_\_\_\_

Leiden Sie an einer Behinderung?  Ja \_\_\_\_\_%  Nein

### Einverständnis zur Übermittlung von Behandlungsdaten

Ich erkläre mich gemäß § 73 Abs. 1b SGB V damit einverstanden, dass medizinische Daten an mitbehandelnde Fachärzte oder sonstige Stellen, die in meinem Interesse Befunde anfordern, weitergegeben werden können. Die Praxis ist berechtigt, mich betreffende Befunde bei anderen Ärzten anzufordern. **Mir ist bekannt, dass ich dieses Einverständnis jederzeit widerrufen kann.** Das Datenschutzinformationsschreiben der Praxis Dr. Benusch laut Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) vom 25.05.2018 habe ich zur Kenntnis genommen.

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_