

## Patientenfragebogen:

Krankenkasse Name: _____ geb. am: _____	Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen gewissenhaft und vollständig.  Die Angaben zu Ihrer Person und Ihrer Krankengeschichte dienen zur Klärung Ihres Krankheits- und Beschwerdebildes.  Ihre Antworten unterliegen selbstverständlich der Schweigepflicht.  Danke für Ihre Mitwirkung  Ausgefüllt am: _____		
Familienstand: Kinder: _____ Alter          Geschlecht          Staatsangehörigkeit			
Größe                                  Gewicht			
Beruf: _____ jetzige Tätigkeit: _____			
<b>1. Besondere Angaben zur Person:</b>  Raucher:                      Sportler: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Nein	Nur für weibliche Personen; Besteht zur Zeit: Schwangerschaft                      Stillzeit <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Nein		
<b>2. Sind bei Ihnen und /oder Ihrer Familie bereits Risiken oder Erkrankungen festgestellt worden?</b>  Bitte kreuzen Sie an, was auf Sie zutrifft: <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="vertical-align: top; width: 50%;"> <input type="checkbox"/> erhöhte Blutfettwerte  <input type="checkbox"/> erhöhter Blutdruck  <input type="checkbox"/> Herzerkrankungen  <input type="checkbox"/> Schlaganfall  <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus                <input type="checkbox"/> Typ-1   <input type="checkbox"/> Typ-2  <input type="checkbox"/> erhöhte Harnsäurewerte/ Gicht  <input type="checkbox"/> Verdauungsprobleme  <input type="checkbox"/> Erkrankungen des Verdauungstraktes (Magen-Darm, Leber-Galle, Bauchspeicheldrüse)            Art:.....  <input type="checkbox"/> Nierenerkrankungen  <input type="checkbox"/> Osteoporose         </td> <td style="vertical-align: top; width: 50%;"> <input type="checkbox"/> Rheuma  <input type="checkbox"/> Krebserkrankungen            Art:.....  <input type="checkbox"/> Übergewicht  <input type="checkbox"/> Untergewicht  <input type="checkbox"/> Allergien/ Asthma/ Heuschnupfen  <input type="checkbox"/> Nahrungsmittelallergien            Art:.....  <input type="checkbox"/> Nahrungsmittelunverträglichkeiten            Art:.....  <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung  <input type="checkbox"/> Hauterkrankungen  <input type="checkbox"/> Sonstiges .....         </td> </tr> </table>		<input type="checkbox"/> erhöhte Blutfettwerte <input type="checkbox"/> erhöhter Blutdruck <input type="checkbox"/> Herzerkrankungen <input type="checkbox"/> Schlaganfall <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus <input type="checkbox"/> Typ-1 <input type="checkbox"/> Typ-2 <input type="checkbox"/> erhöhte Harnsäurewerte/ Gicht <input type="checkbox"/> Verdauungsprobleme <input type="checkbox"/> Erkrankungen des Verdauungstraktes (Magen-Darm, Leber-Galle, Bauchspeicheldrüse) Art:..... <input type="checkbox"/> Nierenerkrankungen <input type="checkbox"/> Osteoporose	<input type="checkbox"/> Rheuma <input type="checkbox"/> Krebserkrankungen Art:..... <input type="checkbox"/> Übergewicht <input type="checkbox"/> Untergewicht <input type="checkbox"/> Allergien/ Asthma/ Heuschnupfen <input type="checkbox"/> Nahrungsmittelallergien Art:..... <input type="checkbox"/> Nahrungsmittelunverträglichkeiten Art:..... <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung <input type="checkbox"/> Hauterkrankungen <input type="checkbox"/> Sonstiges .....
<input type="checkbox"/> erhöhte Blutfettwerte <input type="checkbox"/> erhöhter Blutdruck <input type="checkbox"/> Herzerkrankungen <input type="checkbox"/> Schlaganfall <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus <input type="checkbox"/> Typ-1 <input type="checkbox"/> Typ-2 <input type="checkbox"/> erhöhte Harnsäurewerte/ Gicht <input type="checkbox"/> Verdauungsprobleme <input type="checkbox"/> Erkrankungen des Verdauungstraktes (Magen-Darm, Leber-Galle, Bauchspeicheldrüse) Art:..... <input type="checkbox"/> Nierenerkrankungen <input type="checkbox"/> Osteoporose	<input type="checkbox"/> Rheuma <input type="checkbox"/> Krebserkrankungen Art:..... <input type="checkbox"/> Übergewicht <input type="checkbox"/> Untergewicht <input type="checkbox"/> Allergien/ Asthma/ Heuschnupfen <input type="checkbox"/> Nahrungsmittelallergien Art:..... <input type="checkbox"/> Nahrungsmittelunverträglichkeiten Art:..... <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung <input type="checkbox"/> Hauterkrankungen <input type="checkbox"/> Sonstiges .....		
<b>3. Regelmäßige Medikamenteneinnahme/ Eigenmedikation/ Nahrungsergänzungsmittel:</b>  Welche?..... .....			
<b>4. Angaben zur körperlichen Belastung</b>  4.1. Berufliche Tätigkeit:  <input type="checkbox"/> überwiegend leichte/ sitzende Tätigkeit <input type="checkbox"/> überwiegend mittelschwere/ stehende Tätigkeit <input type="checkbox"/> schwere körperliche Tätigkeit  Arbeitszeit/ Tag.....(Stunden)	Arbeit in Schicht  <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein  Welche?.....		

<b>4.2. Freizeit/ Bewegung/ Sport</b> Art: ..... ..... ..... .....	Häufigkeit: (pro Tag/ Woche/ Monat) ..... ..... ..... .....	... Dauer: (in Minuten/ Stunden) ..... ..... ..... .....
<b>4.3. Hobbies</b> ..... .....		
<b>5. Angaben zur Lebensqualität</b> <input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> eingeschränkt <input type="checkbox"/> stark eingeschränkt		
<b>6. Essgewohnheiten:</b> <input type="checkbox"/> regelmäßig <input type="checkbox"/> unregelmäßig ..... Mahlzeiten/ Tag ..... Zwischenmahlzeiten/ Tag <input type="checkbox"/> spezielle Kostformen/ Diäten ..... .....		
<b>7. Mahlzeiteneinnahmen</b> <input type="checkbox"/> zu Hause <input type="checkbox"/> mit Familie/ Partner <input type="checkbox"/> als Single <input type="checkbox"/> unterwegs <input type="checkbox"/> am Arbeitsplatz <input type="checkbox"/> im Auto <input type="checkbox"/> Kantine <input type="checkbox"/> Schnellimbiss <input type="checkbox"/> Restaurant ..... mal/ Woche                                      ..... mal/ Woche                                      ..... mal/ Woche ..... mal/ Monat                                      ..... mal/ Monat                                      ..... mal/ Monat		
<b>8. Sonstiges</b>   		
Hiermit bestätige ich die Richtigkeit der oben gemachten Angaben:		
Datum:	Unterschrift:	