

Patientenfragebogen

Sehr geehrter Patient, sehr geehrte Patientin, bitte beantworten Sie die Fragen gewissenhaft und vollständig. Die Angaben dienen der Klärung Ihres Krankheits- und Beschwerdebildes. Zudem erleichtern Sie unser anschließendes Gespräch. Ihre Antworten unterliegen selbstverständlich der Schweigepflicht. Danke für Ihre Mitwirkung!

Name, Vorname _____ geb. am _____

Familienstand ledig verheiratet geschieden getrennt lebend verwitwet

Alter _____ Geschlecht männlich weiblich Kinder _____

Größe _____ m Gewicht _____ kg BMI _____ kg/m²

Beruf _____ Momentane Tätigkeit _____

1. Angaben zur Person

Raucher	Sportler	Bei weiblichen Personen:	Schwangerschaft	Stillzeit
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja
<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Nein		<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Nein

2. Sind bei Ihnen /oder Ihrer Familie bereits Risiken oder Erkrankungen festgestellt worden?

Bitte kreuzen Sie an, was auf Sie zutrifft, und kennzeichnen Sie mit zusätzlich mit „F“, was auf Ihre Familie zutrifft

- Erhöhte Blutfettwerte _____
- Erhöhter Blutdruck _____
- Herzerkrankungen _____
- Schlaganfall _____
- Diabetes mellitus _____
 Typ 1 Typ 2
- Erhöhte Harnsäurewerte/Gicht _____
- Erkrankungen des Verdauungstraktes (Magen, Darm, Leber, Galle, Bauchspeicheldrüse)
Art _____
- Nierenerkrankungen _____
- Osteoporose _____
- Rheuma _____
- Krebserkrankungen, Art: _____
- Übergewicht Adipositas Untergewicht Essstörung
- Allergien/Asthma/Heuschnupfen _____
- Nahrungsmittelallergien, Art: _____
- Nahrungsmittelunverträglichkeiten Art: _____
- Schilddrüsenerkrankung _____
- Hauterkrankungen _____
- Sonstiges _____

3. Regelmäßige Medikamenteneinnahme, welche?

4. Angaben zur körperlichen Belastung

4.1 Berufliche Tätigkeit

- Überwiegend leichte, sitzende Tätigkeit
 Überwiegend mittelschwere/stehende Tätigkeit
 schwere körperliche Tätigkeit
- Arbeitszeit/Tag _____ Std.
- Arbeit in Schicht
 Nein
 Ja
Welche? _____

4.2 Freizeit/Bewegung/Sport

Art	Häufigkeit (pro Tag/Woche/Monat)	Dauer (in Minuten/Stunden)

5. Angaben zur Lebensqualität

- gut eingeschränkt stark eingeschränkt

6. Essgewohnheiten

- regelmäßig unregelmäßig
_____ Mahlzeiten/Tag _____ Zwischenmahlzeiten/Tag
 Spezielle Kostformen/Diäten _____

7. Mahlzeiteneinnahme

- zu Hause
 mit Familie/Partner als Single
- unterwegs
 am Arbeitsplatz im Auto
- Kantine Schnellimbiss Restaurant
_____ mal/Woche _____ mal/Woche _____ mal/Woche
_____ mal/Monat _____ mal/Monat _____ mal/Monat

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit der oben gemachten Angaben

Datum

Unterschrift