

# 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/m<sup>2</sup>

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