



Liebe Patientin, lieber Patient,

Sie möchten an der Gesundheitsuntersuchung teilnehmen. Bitte füllen Sie daher den Fragebogen aus, sodass wir im persönlichen Gespräch besser auf Ihre Anliegen und möglichen Gesundheitsrisiken eingehen können.

Für die Gesundheitsuntersuchung bringen Sie bitte folgende Unterlagen mit (sofern vorhanden):

Impfpass, aktuelle Medikation, ggf. weitere Behandlungsunterlagen (Laborbefunde, Röntgenbefunde, ...)

Altersgruppe: 69+

Vorname: _____ Nachname: _____

Erlerner Beruf / ausgeübter Beruf: _____

Hobbys: _____

Telefon: _____ Handy (optional): _____

Emailadresse (optional): _____

1. Organspenderausweis vorhanden? ja nein
2. Regelmäßige Kontrollen in anderen Praxen: ja nein

wenn ja, wo?

3. **Gibt es aktuelle Beschwerden?** ja nein

wenn ja, welche?

1. _____

2. _____

3. _____

4. **Familienstand:** _____

5. Anzahl Kinder: _____

6. Besteht ein Pflegegrad? *wenn ja, welcher?* ja: ① ② ③ ④ ⑤ | nein

7. Pflegen Sie jemanden regelmäßig? ja nein

wenn ja, wen?

8. Fehlen Ihnen Menschen, denen Sie vertrauen und auf deren Hilfe Sie zählen können? ja nein

9. In welcher Wohnsituation leben Sie?

alleine Angehörige im Haus/in der Wohnung Angehörige in der Nähe Heim o.ä.

10. Sind die häuslichen Gegebenheiten barrierefrei? ja nein

11. Wie ist ihre Belastbarkeit: wenig belastbar ① ② ③ ④ ⑤ sehr belastbar

12. Können Sie eine Strecke von 400m ohne Schwierigkeiten gehen? ja nein

13. Sind Sie tgl. 30 min oder mehr körperlich aktiv (z.B. Spazieren gehen, Sport, Radfahren)? ja nein

14. Haben Sie Probleme mit der Luft? ja nein

15. Stimmt für Sie der Satz: Ich kann im Alltag *nicht* mehr alles tun, was ich vor einem Jahr noch konnte? ja nein

16. Sind Sie in den letzten 6 Monaten gestürzt? ja nein

wenn ja: Häufigkeit und resultierende Verletzungen

17. Haben Sie Schwierigkeiten mit dem Schlaf? ja nein

18. Schlafen Sie tagsüber ungeplant ein? ja nein

19. Sind Sie kleiner geworden? ja nein

20. Haben Sie oder Ihre Angehörigen den Eindruck, dass Ihr Gedächtnis nicht mehr so gut funktioniert? ja nein

21. Sind Sie unsicher bei der Einnahme Ihrer Medikamente? ja nein

22. Gibt es medikamentöse Behandlungen von anderen Behandlern (auch Heilpraktiker)? ja nein

wenn ja, welche?

23. Haben Sie das Gefühl, dass Ihre Augen Sie im Stich lassen? ja nein

24. Haben Sie Probleme mit dem Hören? ja nein

wenn ja, haben Sie ein Hörgerät? ja nein

25. Haben Sie Schwierigkeiten mit dem Wasserlassen / das Wasser zu halten? ja nein

wenn ja, waren Sie in Betreuung? ja nein

25. Haben Sie Schwierigkeiten mit dem Wasserlassen / das Wasser zu halten? ja nein

26. Haben Sie Probleme mit der Verdauung oder gehäuft Magen-Darm-Probleme? ja nein

27. Haben Sie Schwierigkeiten mit dem Kauen? ja nein

28. Hat sich Ihr Körpergewicht verändert? ja nein

29. Rauchen Sie (auch E- Zigaretten)? ja nein

wenn ja, wieviel rauchen Sie täglich (Nikotin)?

1-5 Zigaretten 6-10 Zigaretten 11 - 20 Zigaretten > 1 Schachtel

30. Trinken Sie alkoholische Getränke? ja nein

wenn ja, wieviel trinken Sie in der Woche?

nie | < 1 x / Woche 1-4 x / Woche 5 -7 x / Woche

wenn ja, welche konsumierten Alkoholika?

Bier Wein Sekt Schnaps Liköre

31. Haben Sie Probleme mit dem Appetit? ja nein

32. Leiden Sie (dauerhaft) unter Schmerzen? ja nein

wenn ja, welche Körperregionen und was hilft?

33. Sind nahe Angehörige selbst physisch oder psychisch eingeschränkt? ja nein

wenn ja, welche?

34. Benutzen Sie Hilfsmittel? ja nein

wenn ja, welche?

Gehstützen Rollator Brille Hörgeräte Zahnprothesen

sonstiges: _____

35. Brauchen Sie Beratung zu einem Antrag zur Pflegeversicherung oder über Hilfsmittel (z.B. Rollator, Greifzange, Toilettensitz-Erhöhung etc.)? ja nein

36. Möchten Sie mit uns über eine Patientenverfügung sprechen? ja nein

37. Haben Sie sich im letzten Monat häufig niedergeschlagen, traurig, bedrückt oder hoffnungslos gefühlt? ja nein

38. Hatten Sie im letzten Monat deutlich weniger Lust und Freude an Dingen, die Sie sonst gerne tun? ja nein

wenn ja, was hat sich geändert?

39. Gibt es noch ein weiteres Problem, das wir bislang nicht angesprochen haben? ja nein

wenn ja, welches?

40. Welche der folgenden Untersuchungen wurden bereits durchgeführt? (bitte mit Jahr angeben)

Koloskopie Jahr: _____

Ösophago-Gastroskopie Jahr: _____

Hautkrebs-Screening Jahr: _____

Computertomographie (CT) Jahr: _____

Magnetresonanztomographie (MRT) Jahr: _____

Röntgen (RÖ) Jahr: _____

Ultraschall Herz (Echo) Jahr: _____

Herzkatheter Jahr: _____

Sonstiges: _____ Jahr: _____

41. Haben Sie Fragen zur Krebsvorsorge? ja nein

42. Haben Sie Ihren Impfpass bei uns abgegeben? ja nein