

Liebe Patientin, lieber Patient

Als Vorbereitung auf die geplante Gesundheitsuntersuchung möchten wir Sie bitten diesen Fragebogen bereits vor dem Beratungsgespräch auszufüllen. Mit diesem Fragebogen können wir noch gezielter auf häufige Erkrankungen oder Probleme Ihrer Altersgruppe eingehen. Sie können uns helfen zu erkennen, wo der Schuh drückt, indem Sie den Fragebogen ausfüllen (natürlich nur, wenn Sie darüber sprechen wollen).

Bitte denken daran, Ihren Impfausweis zu diesem Gespräch mitzubringen.

Wenn eine der folgenden Fragen auf Sie zutrifft – und wenn Sie darüber sprechen wollen, dann kreuzen Sie einfach ein „JA“ an.		JA
1.	Trifft für Sie der Satz zu: Ich kann im Alltag nicht mehr alles tun, was ich vor einem Jahr noch konnte?	<input type="checkbox"/>
2.	Stimmt für Sie der Satz: Ich bewege mich täglich weniger als ½ Stunde (z.B. Spazieren gehen – Sport – Radfahren)?	<input type="checkbox"/>
3.	Haben Sie Probleme mit der Luft?	<input type="checkbox"/>
4.	Fühlen Sie sich beim Gehen unsicher? Oder sind Sie in letzter Zeit gestürzt?	<input type="checkbox"/>
5.	Fühlen Sie sich häufig erschöpft oder müde?	<input type="checkbox"/>
6.	Haben Sie Schwierigkeiten mit dem Schlaf?	<input type="checkbox"/>
7.	Sind Sie kleiner geworden?	<input type="checkbox"/>
8.	Haben Sie oder Ihre Angehörigen den Eindruck, dass Ihr Gedächtnis nicht mehr so gut funktioniert?	<input type="checkbox"/>
9.	Haben Sie das Gefühl, dass Ihr Augen Sie im Stich lassen?	<input type="checkbox"/>
10.	Haben Sie Probleme mit dem Hören?	<input type="checkbox"/>
11.	Haben Sie Schwierigkeiten mit dem Wasserlassen/ das Wasser zu halten?	<input type="checkbox"/>
12.	Haben Sie Probleme mit der Verdauung?	<input type="checkbox"/>
13.	Haben Sie Schwierigkeiten mit dem Kauen?	<input type="checkbox"/>
14.	Hat sich Ihr Körpergewicht verändert?	<input type="checkbox"/>
15.	Haben Sie Probleme mit dem Appetit?	<input type="checkbox"/>

16.	Leiden Sie dauerhaft unter Schmerzen?	<input type="checkbox"/>
17.	Haben Sie sich schon mal gesagt, Sie sollten weniger Alkohol trinken?	<input type="checkbox"/>
18.	Nehmen Sie regelmäßig frei verkäufliche Medikamente ein oder solche, die andere Ärzte oder Heilpraktiker Ihnen verschrieben haben?	<input type="checkbox"/>
19.	Sind Sie unsicher bei der Einnahme Ihrer Medikamente?	<input type="checkbox"/>
20.	Fehlen Ihnen Menschen, denen Sie vertrauen und auf deren Hilfe Sie zählen können?	<input type="checkbox"/>
21.	Haben Sie ernsthafte Probleme mit Ihrer Lebenssituation, mit Ihrem Lebenspartner oder mit Ihren Kindern?	<input type="checkbox"/>
22.	Haben Sie ernsthafte finanzielle Sorgen?	<input type="checkbox"/>
23.	Haben Sie sich im letzten Monat häufig niedergeschlagen, traurig, bedrückt oder hoffnungslos gefühlt?	<input type="checkbox"/>
24.	Hatten Sie im letzten Monat deutlich weniger Lust und Freude an Dingen, die Sie sonst gerne tun?	<input type="checkbox"/>
25.	Pflegen Sie jemanden regelmäßig?	<input type="checkbox"/>
26.	Brauchen Sie Beratung zu einem Antrag zur Pflegeversicherung oder über Hilfsmittel (Rollator, Greifzange, Toilettensitz-Erhöhung etc.)?	<input type="checkbox"/>
27.	Möchten Sie mit uns über eine Patientenverfügung sprechen?	<input type="checkbox"/>
28.	Gibt es noch ein weiteres Problem, das wir bislang nicht angesprochen haben?	<input type="checkbox"/>

Vielen Dank!