

	HAUSÄRZTE- VERBAND BREMEN	Name
		Patienten-Nr im PC
		Datum

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 Sie 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. Sind in Ihrer Familie enge Verwandte (Eltern, Geschwister) an einem Herzinfarkt, an Diabetes oder an Bluthochdruck erkrankt?	<input type="radio"/>
2. Stimmt für Sie der Satz: Ich bewege mich täglich weniger als ½ Stunde. (z.B. Spazieren gehen – Sport – Radfahren - Tanzen)?	<input type="radio"/>
3. Rauchen Sie?	<input type="radio"/>
4. Sind Sie mit ihrem Körpergewicht unzufrieden?	<input type="radio"/>
5. Haben Sie Probleme mit dem Zahnfleisch oder Mundgeruch?	<input type="radio"/>
6. Für viele leichtere Erkrankungen braucht man nicht unbedingt einen Arzt. Möchten Sie Beratung zum Umgang mit grippalen Infekten, Magen-Darm-Problemen oder Rückenschmerzen?	<input type="radio"/>
7. Nehmen Sie regelmäßig frei verkäufliche Medikamente ein oder solche, die andere Ärzte oder Heilpraktiker Ihnen verschrieben haben (auch die Pille)?	<input type="radio"/>
8. Ist bei Ihnen eine Allergie bekannt?	<input type="radio"/>
9. Haben Sie sich schon mal gesagt, Sie sollten weniger Alkohol trinken?	<input type="radio"/>
10. Haben Sie das Gefühl, sich zu lange am Computer oder im Internet aufzuhalten? Oder haben Sie das Gefühl, dass Glücksspiel ein Problem für Sie ist?	<input type="radio"/>
11. Fehlen Ihnen Menschen, denen Sie vertrauen und auf deren Hilfe Sie zählen können?	<input type="radio"/>
12. Sind Sie arbeitslos oder mit Ihrer Arbeit unzufrieden?	<input type="radio"/>
13. Haben sie ernsthafte finanzielle Sorgen?	<input type="radio"/>
14. Wenn Sie oder Ihre Eltern in einem anderen Land geboren sind: fühlen Sie sich deshalb benachteiligt?	<input type="radio"/>
15. Haben Sie ernsthafte Probleme mit Ihrer Lebenssituation, mit Ihrem Lebenspartner oder mit Ihren Kindern?	<input type="radio"/>
16. Gibt es Angelegenheiten der Familienplanung/ Sexualität, über die Sie mit uns sprechen möchten?	<input type="radio"/>
17. Haben Sie sich im letzten Monat häufig niedergeschlagen, traurig, bedrückt oder hoffnungslos gefühlt?	<input type="radio"/>
18. Hatten Sie im letzten Monat deutlich weniger Lust und Freude an Dingen, die Sie sonst gerne tun?	<input type="radio"/>
19. Für Frauen: haben Sie noch nie oder lange nicht mehr an einer Krebsvorsorge-Untersuchung am Gebärmutterhals teilgenommen?	<input type="radio"/>
20. Für Frauen: haben Sie Beschwerden mit Ihrer Regelblutung?	<input type="radio"/>
Gibt es noch ein weiteres Problem, das wir bislang nicht angesprochen haben?	<input type="radio"/>