

Gesundheitsfragebogen

Die nachfolgenden Fragen betreffen Ihre Person und Ihre Krankenvorgeschichte. Sie dienen der Klärung Ihres Gesundheitszustandes und erleichtern unser anschließendes Gespräch. Die **gewissenhafte** und **vollständige** Beantwortung der Fragen (**Vorder- und Rückseite**) liegt daher in Ihrem eigenen Interesse. Auf Seite Zwei willigen Sie auch in die Verarbeitung Ihrer Daten ein.

Bitte schreiben Sie deutlich und kreuzen das jeweils zutreffende Kästchen deutlich an.

Ihre Antworten unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Familienname, Vorname	
Geburtsdatum	
Geburtsort	
PLZ / Wohnort	
Straße / Hausnummer	
Telefon	
E-Mail-Adresse	
ausgeübter Beruf/ Tätigkeit	
Arbeitgeber	
Abteilung/Gruppe	
Hausarzt (Name/Anschrift)	

Hatten Sie schon eine der folgenden Krankheiten?

	<u>ja</u>	<u>nein</u>	Notizen des Arztes
• Epilepsie (Krampfanfälle), Bewusstseinsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
• Schwindel, Gleichgewichtsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
• Schlaganfall, Lähmungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
• Krebserkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
• Nervöse Beschwerden, psychische Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
• Erkrankung, Beschwerden oder Operationen am Auge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
• Erkrankung, Beschwerden oder Operationen am Ohr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
• Herzinfarkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
• Andere Herzkrankheiten od. Gefäßleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
• Blutarmut, Blutkrankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
• Krampfadern, Thrombose, offene Beine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
• Hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
• Lungenerkrankungen / Chron. Bronchitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
• Asthma, Heuschnupfen, Allergien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
• Zuckerkrankheit (Diabetes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
• Schilddrüsenkrankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

bitte wenden!! →

	<u>ja</u>	<u>nein</u>	Notizen des Arztes
• Bestehen Schlafstörungen, schnarchen Sie, oder leiden Sie an Tagesmüdigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
• Magen- oder Darmerkrankungen, Geschwüre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
• Gelbsucht, Leberkrankheiten, Gallensteine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
• Nieren- od. Blasenentzündung bzw.-steine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
• Krankheiten der Gelenke, Wirbelsäule, Muskulatur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
• Gelenkrheumatismus mit Fieber, Gicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
• Knochenbrüche, Unfälle mit bleibenden Folgen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
• Hautkrankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
• Andere Krankheiten. Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

(auch Infektions- und Stoffwechselkrankheiten, Erkrankungen der Geschlechtsorgane)

• Wurden Sie schon einmal operiert?	<input type="checkbox"/> <u>ja</u>	<input type="checkbox"/> <u>nein</u>
• Wenn ja, Woran? Wann?		

Sonstige Fragen zu Ihrer Person:	<u>ja</u>	<u>nein</u>	Notizen des Arztes
Treiben Sie Sport (regelmäßige körperliche Betätigung)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Trinken Sie Alkohol?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Nehmen Sie Drogen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Rauchen Sie (Zigaretten, Zigarre, Pfeife, Shisha)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Wenn nein; haben Sie früher geraucht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Nehmen od. nahmen Sie regelmäßig Medikamente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Wenn ja, welche? (auch Schmerz-/Schlaftabletten)			_____

Anerkannte Schwerbehinderung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Arbeitsplatzwechsel aus gesundheitlichen Gründen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

(Bestehen oder bestanden früher einmal berufsbedingt gesundheitliche Probleme?)

Datenschutzgrundverordnung - Einwilligung in die Verarbeitung:

Mir ist aus den mir zur Verfügung gestellten Informationen des CAB bekannt, dass es sich hierbei um besondere personenbezogene Daten (Gesundheitsdaten, biografische Angaben usw.) handelt und ich willige in die Erhebung, Nutzung, Verarbeitung, Speicherung und Übermittlung meiner personenbezogenen und meiner besonderen personenbezogenen Daten, entsprechend der vorliegenden Information im Rahmen der gesetzlichen Vorschriften, ein. Diese Einwilligung kann ich jederzeit widerrufen.

Hiermit bestätige ich auch die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben:

Unterschrift: