

Gesundheitsfragebogen

Datum:

Sehr geehrte Damen und Herren.

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 Sie das jeweils zutreffende Kästchen auch deutlich an.

Ihre Antworten unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

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

Hatten Sie schon eine der folgenden Krankheiten?	nein	ja	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!!!

	nein	ja	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? Wenn ja, Woran? Wann? nein ja

Sonstige Fragen zu Ihrer Person:

	nein	ja	Notizen des Arztes
Treiben Sie Sport (regelmäßige körperliche Betätigung)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Trinken Sie Alkohol oder nehmen Sie Drogen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Rauchen Sie (Zigaretten, Zigarre, Pfeife)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Haben Sie 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. _____

Arbeitsplatzwechsel aus gesundheitlichen Gründen? _____

(Bestehen oder bestanden früher einmal berufsbedingt gesundheitliche Probleme?)

Unterschrift:

(Hiermit bestätige ich die Vollständig-/ Richtigkeit meiner Angaben)

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.

Unterschrift: