

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.

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

Ihre Antworten unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Familiename, Vorname	
Geburtsdatum	
Geburtsort	
PLZ / Wohnort	
Straße / Hausnummer	
Telefon	
ausgeübter Beruf / Tätigkeit	
Arbeitgeber	
Hausarzt (Name u. Anschrift)	

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"/>	_____
• Augenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
• Erkrankungen des Gehörs	<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"/>	_____

Familiename, Vorname	
----------------------	--

	nein	ja	Notizen des Arztes
• 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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
• Unfälle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
• Hautkrankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
• Schlafbezogene Atmungsstörungen	<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?

Sonstige Fragen zu Ihrer Person:

Trinken Sie Alkohol? Regelmäßig gelegentlich nie

	nein	ja
Treiben Sie Sport?	<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. Wenn ja, wieviel Prozent?

Arbeitsplatzwechsel aus gesundheitlichen Gründen?

Auflagen im Führerschein?

Unterschrift Proband:.....

Personalausweis vom CAB überprüft