

Fragebogen

Vorsorge 18-34-Jährige

Liebe Patientin, lieber Patient,

Sie möchten an der Gesundheitsuntersuchung für 18- bis 34-Jährige teilnehmen. Bitte füllen Sie daher den Fragebogen aus, damit wir im persönlichen Gespräch besser auf Ihre Anliegen und möglichen Gesundheitsrisiken eingehen können.

Bitte halten Sie auch Ihren Impfausweis griffbereit. Vielen Dank!

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Trifft eine der folgenden Fragen auf Sie zu – und Sie möchten darüber sprechen, dann kreuzen Sie bitte „Ja“ an.

Alle Angaben sind freiwillig und unterliegen ärztlicher Schweigepflicht.

Ja

1	Sind enge Verwandte (Eltern, Geschwister) von Ihnen an einem Herzinfarkt, Diabetes oder Bluthochdruck erkrankt?	<input type="checkbox"/>
2	Bewegen Sie sich täglich weniger als 30 Minuten (z.B. Spazieren gehen, Sport, Radfahren)?	<input type="checkbox"/>
3	Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/>
4	Sind Sie mit ihrem Körpergewicht unzufrieden ?	<input type="checkbox"/>
5	Sind enge Verwandte (Eltern, Geschwister) von Ihnen bereits einmal an Krebs erkrankt?	<input type="checkbox"/>
6	Haben Sie Probleme mit dem Zahnfleisch oder Mundgeruch ?	<input type="checkbox"/>
7	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="checkbox"/>
8	Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein, die Ihnen ein Arzt verschrieben hat oder die Sie ohne Rezept frei in einer Apotheke oder Drogerie kaufen können? [Bitte auch an hormonelle Verhütungs-Medikamente denken] Wenn ja, welche: _____ _____ _____	<input type="checkbox"/>
9	Ist bei Ihnen eine Allergie bekannt? Wenn ja, welche: _____	<input type="checkbox"/>
10	Haben Sie sich schon mal gesagt, Sie sollten weniger Alkohol trinken?	<input type="checkbox"/>
11	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="checkbox"/>
12	Fehlen Ihnen Menschen, denen Sie vertrauen und auf deren Hilfe Sie zählen können?	<input type="checkbox"/>
13	Sind Sie arbeitslos oder mit Ihrer Arbeit unzufrieden ?	<input type="checkbox"/>
14	Haben Sie ernsthafte finanzielle Sorgen ?	<input type="checkbox"/>
15	Wenn Sie oder Ihre Eltern in einem anderen Land geboren sind: Fühlen Sie sich deshalb benachteiligt?	<input type="checkbox"/>

16	Haben Sie ernsthafte Probleme mit Ihrer Lebenssituation , mit Ihrem Lebenspartner oder mit Ihren Kindern ?	<input type="checkbox"/>
17	Gibt es Angelegenheiten der Familienplanung oder Sexualität , über die Sie mit uns sprechen möchten?	<input type="checkbox"/>
18	Haben Sie sich im letzten Monat häufig niedergeschlagen, traurig, bedrückt oder hoffnungslos gefühlt?	<input type="checkbox"/>
19	Hatten Sie im letzten Monat deutlich weniger Lust und Freude an Dingen, die Sie sonst gerne tun?	<input type="checkbox"/>
20	Für Frauen: Haben Sie noch nie oder lange nicht mehr an einer Krebsvorsorgeuntersuchung am Gebärmutterhals teilgenommen?	<input type="checkbox"/>
21	Für Frauen: Haben Sie Beschwerden mit Ihrer Regelblutung ?	<input type="checkbox"/>
22	Gibt es noch ein weiteres Problem , das wir bislang nicht angesprochen haben?	<input type="checkbox"/>

Bitte beachten Sie, dass zur Besprechung einiger Anliegen eventuell ein weiterer Termin vereinbart werden muss.

Bemerkungen:

_____ Datum

_____ Unterschrift des Patienten

Originalquelle: Dieser Fragebogen wurde von uns als Mitglied im Deutschen Hausärztinnen- & Hausärzteverband aus der Verbandzeitschrift „Der Hausarzt“ entnommen und grafisch an unsere Praxis angepasst. Der Inhalt wurde nicht verändert. // Quelle: Bremer Gesundheitsuntersuchung entwickelt von Dr. Günther Egidi, Jürgen Biesewig-Siebenmorgen, PD Dr. Guido Schmiemann, erstellt 3/2010; adaptiert von J. Dielmann-von Berg nach der Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses vom 25.10.2018