

Fragebogen

Vorsorge ≥70-Jährige

Liebe Patientin, lieber Patient,

Sie möchten an der Gesundheitsuntersuchung für über 70-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.

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	Trifft für Sie der Satz zu: Ich kann im Alltag nicht mehr alles tun , was ich vor einem Jahr noch konnte?	<input type="checkbox"/>
2	Bewegen Sie sich täglich weniger als 30 Minuten (z.B. Spazieren gehen, Sport, Radfahren)?	<input type="checkbox"/>
3	Haben Sie Probleme mit der Luft ?	<input type="checkbox"/>
4	Fühlen Sie sich beim Gehen unsicher ? Oder sind Sie in letzter Zeit gestürzt ?	<input type="checkbox"/>
5	Fühlen Sie sich häufig erschöpft oder müde ?	<input type="checkbox"/>
6	Haben Sie Schwierigkeiten mit dem Schlaf ?	<input type="checkbox"/>
7	Sind Sie kleiner geworden ?	<input type="checkbox"/>
8	Haben Sie oder Ihre Angehörigen den Eindruck, dass Ihr Gedächtnis nicht mehr so gut funktioniert?	<input type="checkbox"/>
9	Haben Sie das Gefühl, dass Ihre Augen Sie im Stich lassen?	<input type="checkbox"/>
10	Haben Sie Probleme mit dem Hören ?	<input type="checkbox"/>
11	Haben Sie Schwierigkeiten mit dem Wasserlassen oder das Wasser zu halten?	<input type="checkbox"/>
12	Haben Sie Probleme mit der Verdauung ?	<input type="checkbox"/>
13	Haben Sie Schwierigkeiten mit dem Kauen ?	<input type="checkbox"/>
14	Hat sich Ihr Körpergewicht verändert?	<input type="checkbox"/>
15	Haben Sie Probleme mit dem Appetit ?	<input type="checkbox"/>
16	Leiden Sie dauerhaft unter Schmerzen ? Wenn ja: Wo, wann und wie?	<input type="checkbox"/>

17	Haben Sie sich schon mal gesagt, Sie sollten weniger Alkohol trinken?	<input type="checkbox"/>
18	Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein, die Ihnen ein Arzt verschrieben hat?	<input type="checkbox"/>
19	Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein, die Sie ohne Rezept frei in einer Apotheke oder Drogerie kaufen ? Wenn ja, welche: _____ _____	<input type="checkbox"/>
20	Sind Sie unsicher bei der Einnahme Ihrer Medikamente ?	<input type="checkbox"/>
21	Fehlen Ihnen Menschen, denen Sie vertrauen und auf deren Hilfe Sie zählen können?	<input type="checkbox"/>
22	Haben Sie ernsthafte Probleme mit Ihrer Lebenssituation , mit Ihrem Lebenspartner oder mit Ihren Kindern ?	<input type="checkbox"/>
23	Haben Sie ernsthafte finanzielle Sorgen ?	<input type="checkbox"/>
24	Haben Sie sich im letzten Monat häufig niedergeschlagen, traurig, bedrückt oder hoffnungslos gefühlt?	<input type="checkbox"/>
25	Hatten Sie im letzten Monat deutlich weniger Lust und Freude an Dingen, die Sie sonst gerne tun?	<input type="checkbox"/>
26	Pflegen Sie jemanden regelmäßig?	<input type="checkbox"/>
27	Brauchen Sie Beratung zu einem Antrag zur Pflegeversicherung oder über Hilfsmittel (z.B. Rollator, Greifzange, Toilettensitz-Erhöhung etc.)?	<input type="checkbox"/>
28	Möchten Sie mit uns über eine Patientenverfügung sprechen?	<input type="checkbox"/>
29	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.

 Datum

 Unterschrift des Patienten

Originalquelle: Dieser Fragebogen wurde von uns als Mitglied im Deutschen Hausärztinnen- & Hausärzterverband 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