

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum
Familienstand: geschieden <input type="checkbox"/>	ledig <input type="checkbox"/>	verheiratet <input type="checkbox"/>
getrennt lebend <input type="checkbox"/>		verwitwet <input type="checkbox"/>
Alter:	Geschlecht: männlich <input type="checkbox"/>	weiblich <input type="checkbox"/>
Staatsangehörigkeit:		Kinder:
Größe:	Gewicht:	Welchen Beruf haben Sie erlernt?
Welche Tätigkeit üben Sie gegenwärtig aus?		
Ausgefüllt am:		

Sehr geehrter Patient!

Bitte, beantworten Sie die nachfolgenden Fragen **gewissenhaft** und **vollständig**.

Die Angaben zu Ihrer Person und Ihrer Krankenvorgeschichte dienen der Klärung Ihres Krankheits- und Beschwerdebildes.

Zudem erleichtern Sie unser anschließendes Gespräch.

Ihre Antworten unterliegen selbstverständlich der Schweigepflicht.

Bitte, kreuzen Sie das jeweils zutreffende Feld deutlich an.

Danke für Ihre Mitwirkung!

**1. Besondere Angaben zur Person**Raucher  
 Ja  
 NeinSportler  
 Ja  
 NeinNur bei weiblichen Personen;  
besteht zur Zeit:Schwangerschaft  
 Ja  
 NeinStillzeit  
 Ja  
 Nein**2. Sind bei Ihnen und / oder Ihrer Familie bereits Risiken oder Erkrankungen festgestellt worden?**

Bitte kreuzen Sie an, was auf Sie zutrifft

seit

- Erhöhte Blutfettwerte \_\_\_\_\_
- Erhöhter Blutdruck \_\_\_\_\_
- Herzkrankungen \_\_\_\_\_
- Schlaganfall \_\_\_\_\_
- Diabetes mellitus \_\_\_\_\_  
 Typ-1     Typ-2
- Erhöhte Harnsäurewerte / Gicht \_\_\_\_\_
- Verdauungsprobleme \_\_\_\_\_
- Erkrankungen des Verdauungstraktes (Magen - Darm, Leber - Galle, Bauchspeicheldrüse) \_\_\_\_\_  
Art: \_\_\_\_\_
- Nierenerkrankungen \_\_\_\_\_
- Osteoporose \_\_\_\_\_
- Rheuma \_\_\_\_\_
- Krebserkrankungen \_\_\_\_\_  
Art: \_\_\_\_\_
- Übergewicht \_\_\_\_\_
- Untergewicht \_\_\_\_\_
- Allergien / Asthma / Heuschnupfen \_\_\_\_\_
- Nahrungsmittelallergien \_\_\_\_\_  
Art: \_\_\_\_\_
- Nahrungsmittelunverträglichkeiten \_\_\_\_\_  
Art: \_\_\_\_\_
- Schilddrüsenerkrankung \_\_\_\_\_
- Hauterkrankungen \_\_\_\_\_
- Sonstiges \_\_\_\_\_

### 3. Regelmäßige Medikamenteneinnahme

Welche? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### 4. Angaben zur körperlichen Belastung

#### 4.1 Berufliche Tätigkeit

überwiegend leichte/sitzende Tätigkeit Arbeit in Schicht

überwiegend mittelschwere/  
stehende Tätigkeit  Nein

schwere körperliche Tätigkeit  Ja

Welche? \_\_\_\_\_

Arbeitszeit / Tag \_\_\_\_\_ (Stunden)

#### 4.2 Freizeit / Bewegung / Sport

Art	Häufigkeit (pro Tag / Woche / Monat)	Dauer (in Minuten / Stunden)
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Hobbies: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### 5. Angaben zur Lebensqualität

gut  eingeschränkt  stark eingeschränkt

### 6. Essgewohnheiten

regelmäßig  unregelmäßig

\_\_\_\_\_ Mahlzeiten / Tag

\_\_\_\_\_ Zwischenmahlzeiten / Tag

spezielle Kostformen / Diäten \_\_\_\_\_

### 7. Mahlzeiteneinnahmen

zu Hause  als Single  
 mit Familie / Partner

unterwegs  im Auto  
 am Arbeitsplatz

Kantine  Schnellimbiss  
\_\_\_\_\_ mal / Woche  Restaurant  
\_\_\_\_\_ mal / Monat  mal / Woche  
\_\_\_\_\_ mal / Monat  mal / Monat

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit der oben gemachten Angaben

Datum

Unterschrift