

AOK	LKK	BKK	IKK	VdAK	AEV	Knappschaft
Name, Vorname des Versicherten						
geb. am						
Kassen-Nr.		Versicherten-Nr.		Status		
Betriebsstätten-Nr.		Arzt-Nr.		Datum		
Familienstand:		<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> verwitwet				
Alter:		Geschlecht: <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich				
Staatsangehörigkeit:			Kinder:			
Größe:		Gewicht:		Welchen Beruf haben Sie erlernt?		Welche Tätigkeit üben Sie gegenwärtig aus? Ausgefüllt am:

Patientenfragebogen

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

☐ Nein

Sportler

☐ Ja

☐ Nein

Nur bei weiblichen Personen;
besteht zur Zeit:

Schwangerschaft

☐ Ja

☐ Nein

Stillzeit

☐ 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

☐ Herzerkrankungen

☐ 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

☐ Ja

☐ schwere körperliche Tätigkeit

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

☐ mit Familie / Partner

☐ als Single

☐ unterwegs

☐ am Arbeitsplatz

☐ im Auto

☐ Kantine

☐ Schnellimbiss

☐ Restaurant

_____ mal / Woche

_____ mal / Woche

_____ mal / Woche

_____ mal / Monat

_____ mal / Monat

_____ mal / Monat

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit der oben gemachten Angaben

Datum

Unterschrift