

Fragebogen zu Untersuchung

Seite 1 von 4

Bitte zutreffendes kräftig ankreuzen

Frage	ja	nein
1. Fragen zu Krankheiten in Ihrer Familie		
Gibt es bei Blutsverwandten Brustkrebs ?	2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gibt es bei Blutsverwandten Magenkrebs ?	3 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gibt es bei Blutsverwandten Lungenkrebs ?	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gibt es bei Blutsverwandten Darmkrebs ?	5 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gibt es bei Blutsverwandten Prostatakrebs ?	6 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gibt es bei Blutsverwandten Eierstockkrebs ?	7 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gibt es bei Blutsverwandten andere Krebsart die hier nicht genannt ist?	8 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gibt es bei Blutsverwandten Herzinfarkt?	9 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gibt es bei Blutsverwandten Schlaganfall ?	10 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gibt es bei Blutsverwandten Zuckerkrankheit ?	11 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gibt es bei Blutsverwandten Bluthochdruck ?	12 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gibt es bei Blutsverwandten Depressionen ?	13 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gibt es bei Blutsverwandten Suchtleiden oder Alkoholismus ?	14 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gibt es bei Blutsverwandten Selbstmord (begangen oder versucht) ?	15 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gibt es bei Blutsverwandten Migräne ?	16 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gibt es bei Blutsverwandten Schilddrüsenkrankheiten (Kropf) ?	17 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gibt es bei Blutsverwandten Lungenembolie oder Thrombosen ?	192 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Fragen zu früheren Krankheiten von Ihnen		
Hatten Sie einmal einen Herzinfarkt ?	18 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatten Sie einmal einen Schlaganfall ?	19 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wurde bei Ihnen einmal ein erhöhter Blutzucker festgestellt ?	20 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wurde bei Ihnen einmal ein erhöhter Blutdruck festgestellt ?	21 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wurde bei Ihnen einmal Krebs oder ähnliches festgestellt ?	26 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatten Sie einmal ein Magen- oder Zwölffingerdarmgeschwür ?	27 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatten Sie einmal Gelbsucht (außer als Neugeborenes) ?	28 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatten Sie einmal eine Tropenkrankheit ?	29 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatten Sie einmal eine Geschlechtskrankheit (außer Pilzinfektionen) ?	30 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben oder hatten Sie einmal Depressionen ?	31 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wurde bei Ihnen eine Schilddrüsenerkrankung festgestellt?	32 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben oder hatten Sie Heuschnupfen (Pollinose) ?	34 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wurde bei Ihnen einmal Bronchialasthma festgestellt?	35 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben einen chronischen (immer wiederkehrenden) Hautausschlag ?	36 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie eine Allergie/Unverträglichkeit gegen (ein) Medikament(e)?	37 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
War Alkohol für Sie schon einmal ein Problem ?	159 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Fragen zu derzeitigen Beschwerden von Ihnen		
Haben Sie öfters Kopfschmerzen (bzw. Migräne) ?	25 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlafen Sie schwer ein ?	41 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wachen Sie immer wieder auf ?	42 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fühlen Sie sich morgens schlechter (und am Abend besser) ?	44 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fühlen Sie sich abends schlechter (und in der Früh besser) ?	45 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fühlen sie sich im Winter schlechter als im Sommer ?	47 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Atemnot bei körperlicher Anstrengung ?	49 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Atemnot oder Hustenreiz wenn Sie in die Kälte (oder Wärme) kommen ?	50 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie ständig wiederkehrenden Auswurf ?	51 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie häufig Husten ?	52 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hat sich Ihre Stimme in letzter Zeit verändert (z. Bsp. Heiserkeit etc.) ?	53 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie häufig geschwollene Beine ?	54 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Schmerzen in den Beinen bzw. Waden ?	55 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie gelegentlich Herzstolpern bzw. unregelmäßigen Puls ?	56 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie gelegentlich Herzsorgen ohne körperlicher Anstrengung ?	57 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie gelegentlich Herzschmerzen bzw. Stechen in der Brust ?	58 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fragebogen zu Untersuchung

Bitte zutreffendes kräftig ankreuzen

Frage		ja	nein
3. Fragen zu derzeitigen Beschwerden von Ihnen (weiter)			
Haben Sie Gelenkschmerzen (ausgenommen in der Wirbelsäule)?	59	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind die schmerzenden Gelenke am Morgen (länger als 1 Std.) steif ?	62	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Treten die Schmerzen symmetrisch (links und rechts etwa gleich) auf ?	63	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Werden die Gelenkschmerzen bei Belastung besser ?	65	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Kreuzschmerzen ?	66	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nehmen die Kreuzschmerzen beim Stuhlgang und/oder Husten zu ?	67	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Schmerzen /Brennen (o.a. Schwierigkeiten) beim Urinieren?	70	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Müssen sie nachts öfters als 1x Aufstehen um zu Urinieren ?	71	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie manchmal Bauchschmerzen ?	73	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie manchmal Brechreiz ?	74	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Blähungen ?	75	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Blut im Stuhl bemerkt ?	76	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie manchmal Durchfall?	77	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Verstopfung ?	80	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie häufigen Stuhldrang können den Stuhl aber nicht absetzen ?	81	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie seltenen Stuhldrang (weniger als 1x alle 3 Tage) ?	82	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Schluckbeschwerden ?	85	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sehen Sie manchmal verschwommen ?	86	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie manchmal Doppelbilder ?	87	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie schon einmal kurzzeitig nicht mehr gesehen ?	88	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie einmal kurzzeitig nicht hören können ?	89	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie schon einmal (beinahe) bewusstlos geworden ?	90	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verlieren Sie manchmal Ihre Stimme ?	91	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatten Sie schon einmal epileptische Anfälle ?	92	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie manchmal Lähmungserscheinungen ?	94	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie manchmal Gedächtnislücken ?	95	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie manchmal Schwindel?	98	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Schmerzen in den Armen oder Beinen ?	99	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Sodbrennen oder saures Aufstoßen ?	100	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Gewicht ungewollt zugenommen ?	101	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Gewicht ungewollt abgenommen ?	102	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fühlen Sie sich untergewichtig ?	110	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie auffallend vergesslich geworden ?	112	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie manchmal "Kribbeln" in Armen oder Beinen	113	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie auffallenden Haarausfall (mehr als 100 Haare/Tag)?	115	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie trockene Augen ?	116	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie trockenen Mund ?	117	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Muskelschmerzen ?	119	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fühlen Sie sich nervös oder leicht reizbar?	120	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fühlen Sie sich überlastet (beruflich, familiär etc.) ?	121	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie manchmal Angstzustände ?	122	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie mit Ihrer Arbeit (Arbeitsplatz) unzufrieden ?	123	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie mit Ihrer Wohnsituation unzufrieden ?	124	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie mit Ihrer familiären Situation unzufrieden ?	125	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Probleme/Sorgen mit Ihrem Partner bzw. ihrer Familie ?	126	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie finanzielle Probleme/Sorgen ?	127	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie ganz allgemein Sorgen ?	128	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Finden Sie, dass Sie ziemlich oft krank sind ?	130	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fühlen Sie sich derzeit krank (bzw. kränklich) ?	131	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Zahnfleischprobleme? (Parodontose)	193	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie belastende Albträume	700	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie das Gefühl der Müdigkeit oder Schwäche	701	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fragebogen zu Untersuchung

Bitte zutreffendes kräftig ankreuzen

Frage		ja	nein
3. Fragen zu derzeitigen Beschwerden von Ihnen (weiter)			
Haben Sie beim Aufwachen Kopfschmerzen?	702	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schnarchen Sie (oder wurden Atemaussetzer beobachtet)?	704	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie kribbeln in ihren Beinen das in der Nacht am schlimmsten ist und bei Umherlaufen besser wird?	705	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie auffallend hellen oder auffallend dunklen Stuhl bemerkt ?	783	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hinterlässt der Stuhl oft "Spuren" in der Toilette?	784	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fühlen Sie sich durch Lärm belastet ?	799	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4a. Fragen nur an Frauen			
Haben Sie Schmerzen beim Geschlechtsverkehr ?	96	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie trotz Kinderwunsch kinderlos ?	118	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geht beim Husten oder Pressen unwillkürlich Urin ab ?	132	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie besonders starke Monatsblutungen ?	135	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Schmerzen während der Monatsblutungen?	136	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie übelriechenden Ausfluss aus der Scheide?	137	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Juckreiz im Bereich der Scheide?	138	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kann bei Ihnen z. Zt. eine Schwangerschaft bestehen ?	140	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatten Sie während einer Schwangerschaft ständig Übelkeit ?	142	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Absonderungen aus Ihrer Brust bemerkt ?	143	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie (zyklusabhängige) Schmerzen (Spannen) in der Brust ?	145	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Milchfluss ohne derzeit zu stillen (lässt sich aus Ihrer Brust Milch auspressen) ?	146	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Wallungen ?	147	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Knoten in der Brust bemerkt ?	148	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wurde in den letzten 12 Monaten ein Bruströntgen (Mammographie) durchgeführt ?	150	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Waren Sie in den letzten 12 Monaten beim Frauenarzt ?	151	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4b. Fragen nur an Männer			
Ist Ihr Harnstrahl schwächer geworden ?	152	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tröpfelt nach dem Wasserlassen Urin nach ?	153	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie eitrigen Ausfluss aus der Harnröhre ?	154	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie (zeitweise) Probleme mit der Potenz ?	155	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben oder hatten Sie einen abnormal gelegenen Hoden (z. Bsp. Leistenhoden etc.) ?	156	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Fragen zu Ihrer Ernährung und Ihren Gewohnheiten			
Haben Sie Appetitlosigkeit ?	103	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Abneigung/Unverträglichkeit gegen fette Speisen ?	105	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Abneigung gegen Milch oder Milchprodukte ?	107	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Heißhunger auf Süßes (z. Bsp. Schokolade) ?	111	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rauchen Sie öfters als 3x/Woche ?	157	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trinken Sie öfters als 3x/Woche Alkohol ?	158	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trinken Sie mehr als 5 Tassen Kaffee/Tag ?	161	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Betreiben Sie öfters als 3x/Woche Sport ?	162	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Vorliebe für besonders fette Speisen ?	163	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie Vegetarier	197	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind sie derzeit NichtraucherIn	198	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind sie derzeit RaucherIn	199	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Welche Operationen hatten Sie?			
Mandeln ?	164	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blinddarm ?	165	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gallenblasenoperation ?	166	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Magenoperation ?	167	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gebärmutterentfernung ?	168	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fragebogen zu Untersuchung

Bitte zutreffendes kräftig ankreuzen

Frage

ja nein

7. Fragen nur an Berufstätige

Fühlen Sie sich durch schwere körperliche Arbeit belastet?	169	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arbeiten Sie mit Radioaktivität ?	170	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie am Arbeitsplatz fehlendes Tageslicht ?	171	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Üben Sie einen Nebenberuf aus ?	172	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arbeiten Sie mit giftigen Substanzen (wie z.B. Benzol, Zytostatika etc.) ?	174	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arbeiten Sie mit Lösungsmitteln (z. Bsp. Gummiindustrie) ?	176	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. Welche Medikamente nehmen sie derzeit ein?

Schlafmittel ?	177	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beruhigungsmittel ?	178	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schmerzmittel ?	179	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stärkungsmittel ?	180	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jodhaltige Medikamente ?	181	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Augentropfen ?	182	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vitaminpräparate ?	183	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzmittel ?	184	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bluthochdruck Medikamente ?	185	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wassertreibende Medikamente ?	186	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hormonpräparate (Pille) ?	187	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>