

Patientenfragebogen

1. Angaben zur Person

Name: _____ Vorname: _____
Geburtsdatum: _____ Geschlecht: weiblich männlich
Straße: _____ PLZ, Ort: _____
Tel.: _____ Mobil: _____
Hausarzt: _____ Krankenkasse: _____
Kulturelle Einflüsse bei Ernährung?: ja nein Versicherten-Nummer: _____
Körpergröße (in cm): _____ Körpergewicht (in kg): _____ BMI: _____
Familienstand: ledig verheiratet getrennt lebend geschieden verwitwet
S: _____ Kinder: ja nein Anzahl: _____
‡ Sind Sie schwanger? ja nein ‡ Stillen Sie derzeit? ja nein
Haben Sie je geraucht? ja nein Rauchen Sie derzeit? ja nein

2. Angaben zur beruflichen Tätigkeit

Erlerner Beruf bzw. Ausübung welcher Tätigkeit derzeit? _____
Sind Sie berufstätig? ja nein Schichtarbeit? ja nein
Sitzende/ leichte Tätigkeit? ja nein Stehende Tätigkeit? ja nein
Schwere körperliche Tätigkeit? ja nein Arbeitszeit pro Tag (in h) _____

3. Angaben zur körperlichen Tätigkeit

Treiben Sie Sport? ja nein Wie oft? 1-2 x 3-4 x 5-6 x
Sportarten: _____

4. Angaben zur Lebensqualität

sehr gut gut eingeschränkt stark eingeschränkt

5. Angaben zu den Essgewohnheiten

Essen Sie regelmäßig? ja nein Wie viele Mahlzeiten/ Tag? 1-2 x 3-4 x 5-6 x
Essen Sie häufig außer Haus? ja nein Kochen Sie selbst? ja nein
Essen in der Kantine: ___ x/ Woche. Essen im Schnellimbiss: ___ x/ Woche. Essen im Auto: ___ x/ Woche
Essen mit dem Partner oder mit der Familie: ___ x/ Woche. Essen allein: ___ x/ Woche

5. Angaben zur Einnahme von Medikamenten

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? ja nein

Welche?

6. Angaben zur Erkrankungsgeschichte

Ist bei Ihnen oder in der Familie eine der folgenden Erkrankungen schon einmal aufgetreten?

Untergewicht	<input type="checkbox"/> ja, in der Familie	<input type="checkbox"/> ja, bei mir	seit _____
	<input type="checkbox"/> nein		
Übergewicht/ Adipositas	<input type="checkbox"/> ja, in der Familie	<input type="checkbox"/> ja, bei mir	seit _____
	<input type="checkbox"/> nein		
Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/> ja, in der Familie	<input type="checkbox"/> ja, bei mir	seit _____
	<input type="checkbox"/> nein		
Erhöhte Blutfettwerte	<input type="checkbox"/> ja, in der Familie	<input type="checkbox"/> ja, bei mir	seit _____
	<input type="checkbox"/> nein		
Erhöhter Blutdruck	<input type="checkbox"/> ja, in der Familie	<input type="checkbox"/> ja, bei mir	seit _____
	<input type="checkbox"/> nein		
Knochenschwund	<input type="checkbox"/> ja, in der Familie	<input type="checkbox"/> ja, bei mir	seit _____
	<input type="checkbox"/> nein		
Rheumatische Erkrankungen	<input type="checkbox"/> ja, in der Familie	<input type="checkbox"/> ja, bei mir	seit _____
	<input type="checkbox"/> nein		
Hyperurikämie/ Gicht	<input type="checkbox"/> ja, in der Familie	<input type="checkbox"/> ja, bei mir	seit _____
	<input type="checkbox"/> nein		
Nierenerkrankungen	<input type="checkbox"/> ja, in der Familie	<input type="checkbox"/> ja, bei mir	seit _____
	<input type="checkbox"/> nein		
Krebserkrankungen	<input type="checkbox"/> ja, in der Familie	<input type="checkbox"/> ja, bei mir	seit _____
	<input type="checkbox"/> nein		
Darmerkrankungen	<input type="checkbox"/> ja, in der Familie	<input type="checkbox"/> ja, bei mir	seit _____
	<input type="checkbox"/> nein		
Schilddrüsenerkrankungen	<input type="checkbox"/> ja, in der Familie	<input type="checkbox"/> ja, bei mir	seit _____
	<input type="checkbox"/> nein		
Hauterkrankungen	<input type="checkbox"/> ja, in der Familie	<input type="checkbox"/> ja, bei mir	seit _____
	<input type="checkbox"/> nein		
Allergianamnese			
Allergien	<input type="checkbox"/> ja, in der Familie	<input type="checkbox"/> ja, bei mir	seit _____
	gegen: _____		
	<input type="checkbox"/> nein		
Unverträglichkeiten	<input type="checkbox"/> ja, in der Familie	<input type="checkbox"/> ja, bei mir	seit _____
	gegen: _____		
	<input type="checkbox"/> nein		

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit der Angaben

_____ Datum

_____ Unterschrift