



Gemeinschaftspraxis Dr. Poll & Radinger, Leipziger Straße. 260, 34260 Kaufungen

Liebe Patientin, lieber Patient,

Dr. med. Michael Poll

Facharzt für Allgemeinmedizin
Sportmedizin, Notfallmedizin

Beate Radinger

Fachärztin für Allgemeinmedizin

im Rahmen der Gesundheitsvorsorgeuntersuchung (GU) bei uns möchten wir Sie bitten uns folgende Fragen zu beantworten. Dies unterstützt uns bei ihrer Beratung.

Bitte vergessen Sie nicht, Ihr **Impfbuch** zur Untersuchung mitzubringen.

1. Welche Körpergröße steht in Ihrem Pass?/bzw. wie groß waren Sie mit 30 Jahren?
_____ cm. Wie groß sind Sie jetzt? _____ cm

2. Leiden Ihre Eltern oder Geschwister an Osteoporose?(Knochenschwund) Ja ☐ Nein ☐

3. Haben Sie schon (mehrmals) Knochenbrüche erlitten? Ja ☐ Nein ☐

4. Sind Sie in den letzten 3 Monaten gestürzt? Ja ☐ Nein ☐

5. Sind Sie in den letzten 3 Monaten mit Cortisontbl. behandelt worden? Ja ☐ Nein ☐

6. Nehmen Sie regelmäßig Milch und / oder Milchprodukte zu sich ? Ja ☐ Nein ☐

7. Nehmen Sie Abführmittel ein? Ja ☐ Nein ☐

8. Nehmen Sie Hormone (Tabletten, Pflaster, Spritzen) ein? Ja ☐ Nein ☐

Betrifft nur Frauen:

9. Haben Sie noch regelmäßig Ihre Periodenblutung? Ja ☐ Nein ☐

10. Wie alt waren Sie bei Ihrer letzten Periodenblutung? Ja ☐ Nein ☐

11. Wurde Ihnen die Gebärmutter und/ oder die Eierstöcke entfernt? Ja ☐ Nein ☐

Sind direkte Blutsverwandte von einer der folgenden Krankheiten betroffen:

Herzinfarkt oder Herzkranzgefäßerkrankung (KHK)) Ja ☐ Nein ☐

Schlaganfall Ja ☐ Nein ☐

Krebserkrankung, wenn ja, welche _____

Allergien, wenn ja, welche _____

Bestehen bei Ihnen gesundheitliche Probleme:

häufiger Wechsel zwischen Durchfall und Verstopfung? ☐

Blutbeimengungen oder Schleim im Stuhl? ☐

Ungewollte Gewichtsabnahme oder Gewichtszunahme? ☐

Schwitzen Sie nachts plötzlich ungewöhnlich stark? ☐

Vermehrter Durst oder vermehrtes Wasserlassen? ☐

Ungewohnte Atemprobleme, z.B. bei Belastung? ☐

Schmerzen im Brustkorb bei Belastung? ☐

Verspüren Sie häufig Herzrhythmusstörungen? ☐

Haben Sie gelegentlich geschwollene oder schmerzende Beine? ☐

Mein Problem: _____

Rauchen Sie? Nein ☐ Ja ☐ __ Zigaretten/Tag seit _____

Treiben Sie Sport? Nein ☐ Ja ☐ Sportart: _____

Sind Ihnen Veränderungen Ihrer Haut aufgefallen? Ja ☐ Nein ☐

Hatten Sie als Kind häufiger Sonnenbrand? Ja ☐ Nein ☐

Sind Sie gegen etwas allergisch?

Nein ☐ Ja ☐, gegen _____

Welche Medikamente nehmen Sie zur Zeit ein?

1. _____ 3. _____

2. _____ 4. _____

Wieviel Alkohol trinken Sie?

	täglich	wöchentlich	selten	nie
Bier				
Wein				
Spirituosen				

Vielen Dank

Ihr Praxisteam