



Gesundheitsamt

Gesundheitsfragebogen

Dieser Erhebungsbogen verbleibt im Gesundheitsamt - Der Auftraggeber hat kein Einsichtsrecht

Name	Vorname
ggf. Geb.Name	geboren am
Anschrift	

Vorgeschichte

Sie können bei Bedarf ein Anlageblatt verwenden

Welche bedeutsamen Erkrankungen hatten Sie bislang?

Wichtig sind Erkrankungen:

- | | |
|----------------------------------------|---------------------------------------|
| - an Herz, Lunge, Leber | - an Niere, Magen, Darm, Schilddrüse, |
| - der Wirbelsäule, Knochen und Gelenke | - Infektionskrankheiten |

Zeitpunkt der Erkrankung / Erläuterungen

Krankenhausaufenthalte / Kuren:

Name und Anschrift der behandelnden Ärzte / Ärztinnen:

Grad der Behinderung (GdB) in %:

Zusätze:

Anlage 1

Aktuelle Beschwerden		Sie können bei Bedarf ein Anlageblatt verwenden	
	nein ↓	ja ↓	Erläuterungen
1. Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. Schwindel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. Anfallsleiden (epileptisch)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. Sehstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. Hörstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6. Herzbeschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7. Atemnot	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8. Husten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9. Rückenbeschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10. Gelenkbeschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11. Schmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12. Schlafstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13. Allergien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
14. unklare Gewichtsabnahme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
15. Sonstige Beschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Welche:

	nein ↓	ja ↓	Erläuterungen
Sind Sie derzeit in ärztlicher Behandlung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sind oder waren Sie in psychiatrischer oder psychotherapeutischer Behandlung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Nehmen Sie regelmäßig oder bei Bedarf Medikamente ein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	welche?
Tragen Sie eine Brille oder Kontaktlinsen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tragen Sie Hörgeräte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Betätigen Sie sich regelmäßig sportlich?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sportart:
Raucher?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	seit wann?
Exraucher?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	seit wann?
Trinken Sie täglich Alkohol?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Menge?
Nehmen Sie andere Drogen zu sich?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	welche?

Ich erkläre hiermit, dass die von mir gemachten Angaben vollständig sind und der Wahrheit entsprechen

Datum

Unterschrift