

Patienten-ID: Mobilnummer:

E-Mail:



Liebe Patientin, lieber Patient,
bitte füllen Sie zur Vorbereitung Ihrer Vorsorgeuntersuchung diesen Fragebogen bereits vor dem Sprechstundentermin aus.
Bringen Sie zum Untersuchungstermin bitte mit:
ausgefüllten Fragebogen Impfausweis

Bedenken Sie bitte, dass es nötig sein kann, sich für die Untersuchung komplett zu entkleiden. Ebenso werden wir ggf. mit Ihnen einige Tests machen, die uns helfen, Ihren Unterstützungsbedarf zu ermitteln. Vielen Dank! Ihr Praxisteam

Wenn eine Frage auf Sie zutrifft und Sie darüber sprechen wollen, kreuzen Sie „JA“ an.

JA NEIN

1. Trifft für Sie der Satz zu: Ich kann im Alltag nicht mehr alles tun, was ich vor einem Jahr noch konnte?
2. Stimmt für Sie der Satz: Ich bewege mich täglich weniger als 30 Minuten (z.B. Spazieren gehen, Sport, Radfahren)?
3. Haben Sie Probleme mit der Luft? Rauchen Sie? Zig/Tag
4. Fühlen Sie sich beim Gehen unsicher?
Oder sind Sie in letzter Zeit gestürzt?
5. Fühlen Sie sich häufig erschöpft oder müde?
6. Haben Sie Schwierigkeiten mit dem Schlaf?
7. Haben Sie oder Ihre Angehörigen den Eindruck, dass Ihr Gedächtnis nicht mehr so gut funktioniert?
8. Haben Sie das Gefühl, dass Ihre Augen Sie im Stich lassen?
9. Haben Sie Probleme mit dem Hören?
10. Haben Sie Probleme mit dem Wasserlassen/das Wasser zu halten?
11. Haben Sie Probleme mit der Verdauung?
12. Haben Sie Schwierigkeiten mit dem Kauen?
13. Leiden Sie dauerhaft unter Schmerzen?
14. Haben Sie sich schon mal gesagt, Sie sollten weniger Alkohol trinken?
Wie viel Alkohol trinken Sie?

	täglich	wöchentlich	selten	nie
Bier, Wein				
Spirituosen				

15. Nehmen Sie regelmäßig frei verkäufliche Medikamente/Vitamine ein oder solche, die andere Ärzte oder Heilpraktiker Ihnen verschrieben haben?
Welche



16. Sind Sie unsicher bei der Einnahme Ihrer Medikamente?
17. Fehlen Ihnen Menschen, auf deren Hilfe Sie zählen können?
18. Haben Sie ernsthafte Probleme mit Ihrer Lebenssituation, mit Ihrem Lebenspartner/in oder mit Ihren Kindern?
19. Haben Sie ernsthafte finanzielle Sorgen?
20. Haben Sie sich im letzten Monat häufig niedergeschlagen, traurig, bedrückt oder hoffnungslos gefühlt?
21. Hatten Sie im letzten Monat deutlich weniger Lust und Freude an Dingen, die Sie sonst gerne tun?
22. Gibt es Probleme mit Ihrem Sexualleben?
23. Pflegen Sie jemanden regelmäßig?
24. Brauchen Sie Beratung zum Thema Pflegegrad oder Grad der Behinderung oder über Hilfsmittel (Rollator, Greifzange, Toilettensitz-Erhöhung etc.)?
25. Sind Sie durch die Zuzahlungen bei Medikamenten finanziell belastet?
26. Haben Sie eine Vorsorgevollmacht und eine Patientenverfügung?
Möchten Sie mit uns über eine Patientenverfügung, Organspende sprechen?
27. Nehmen Sie an der Darmkrebsvorsorge teil?
(Darmspiegelung oder Stuhltest)
28. **Für Frauen:** Gehen Sie regelmäßig zur gynäkologischen Untersuchung?
29. Sind Ihnen Veränderungen Ihrer Haut aufgefallen?
30. Sind oder waren Sie durch Ihr Freizeitverhalten (Sonnen im Urlaub, Solarien usw.) oder Ihren Beruf mehr als andere Menschen der Sonne ausgesetzt (gewesen)?
31. Gibt es noch ein weiteres Problem, das wir bislang nicht angesprochen haben?

Um Sie bei möglichen abzuklärenden Befunden beraten und ggf. behandeln zu können, kann es nötig sein, dass wir uns über Behandlungsdaten mit anderen Facharztpraxen austauschen müssen. Hierzu bitten wir um Ihr Einverständnis (s. unten).

Hiermit erkläre ich mein Einverständnis (nicht Zutreffendes offen lassen):

mit der Anforderung von Befunden/Behandlungsdaten bei anderen (Fach-)Ärzten
Übermittlung erforderlicher Befunde/Behandlungsdaten an andere (Fach-)Ärzte
mit einer Erinnerung an Vorsorgeuntersuchungen, Impfungen etc.

mit dem Übertrag der Daten in meine elektronische Patientenakte

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung zu jedem Zeitpunkt widerrufen kann.
Ansonsten gilt sie über den Tod hinaus. Ich wurde über Sinn und Zweck dieser Schweigepflichtentbindung sowie die Folgen einer Verweigerung informiert.

Mir ist bekannt, dass die Praxis meine Behandlungsdaten speichert. Alle Mitarbeitenden der Praxis haben Zugriff auf die Daten. Ich wurde auf die allgemeine Patienteninformation der Praxis zum Datenschutz hingewiesen und habe diese zur Kenntnis genommen.

.....
Datum

.....
Unterschrift

