

Fragebogen – Gesundheits-Check-up ab 35 Jahren

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Datum: _____

1. Allgemeiner Gesundheitszustand

Wie geht es Ihnen derzeit insgesamt?

sehr gut gut mittelmäßig schlecht

Haben Sie aktuell Beschwerden?

Nein Ja, welche:

2. Vorerkrankungen

Keine

Bluthochdruck

Zuckerkrankheit (Diabetes)

Herz-Kreislauf-Erkrankungen

Lungenerkrankungen (z. B. COPD, Asthma)

Krebs / Tumorerkrankungen

Andere: _____

3. Medikamente

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

Nein Ja, welche:

4. Allergien / Unverträglichkeiten

Nein Ja, welche:

5. Familienanamnese

Gab es in Ihrer Familie folgende Erkrankungen?

Herzinfarkt / Schlaganfall: Ja Nein

Diabetes: Ja Nein

Krebserkrankungen: Ja Nein

Sonstiges: _____

6. Lebensstil

Rauchen Sie?

Nein Ja, seit _____ Jahren, Anzahl/Tag: _____

Alkohol:

Nie Gelegentlich Regelmäßig (ca. ___ Gläser/Woche)

Bewegung:

kaum 1–2× pro Woche >3× pro Woche

Körpergewicht:

Gewicht: _____ kg | Größe: _____ cm

7. Impfstatus

Ist Ihr Impfpass aktuell?

Ja Nein Weiß nicht

8. Vorsorge

Hautkrebs-Screening (ab 35 Jahren, alle 2 Jahre):

Ja, zuletzt im Jahr _____ Nein

Darmkrebs-Vorsorge:

- Stuhltest (iFOBT) ab 50 Jahren jährlich:

Ja, zuletzt im Jahr _____ Nein

- Darmspiegelung (Koloskopie) ab 55 Jahren, Wiederholung nach 10 Jahren:

Ja, zuletzt im Jahr _____ Nein

Gynäkologische Vorsorge (Frauen, ab 20 Jahren, jährlich):

Ja, zuletzt im Jahr _____ Nein

Mammographie-Screening (Frauen, 50–75 Jahre, alle 2 Jahre):

Ja, zuletzt im Jahr _____ Nein

Prostata-/Genitaluntersuchung (Männer, ab 45 Jahren, jährlich):

Ja, zuletzt im Jahr _____ Nein

Haben Sie einen Organspendeausweis ?

Nein Ja

👉 Gerne können Sie hier auch im Freitext weitere Vorsorgeuntersuchungen eintragen:

9. Psychische Gesundheit

Fühlen Sie sich häufig niedergeschlagen, traurig oder ohne Freude?

Ja Nein

Fühlen Sie sich häufig angespannt, nervös oder ängstlich?

Ja Nein

10. Sonstige Angaben / Wünsche
