

Gesundheitsbogen

PFLICHTFELD

Name: _____

Beruf: _____

Adresse: _____

Telefonnummer: _____ Handy: _____

E-Mail: _____

Hausarzt: _____

Größe: _____ cm Gewicht: _____ kg

Sind Sie Rechts- oder Linkshänder: Rechts: Links:

Bitte zutreffendes UNTERSTREICHEN!

Bitte zutreffendes ANKREUZEN!

Vater und -/oder Mutter hatten einen Schenkelhalsbruch

Ich hatte einen Knochenbruch nach dem 50. Lebensjahr

Ich hatte einen Wirbelkörperbruch

Meine Körpergröße hat mehr als 4 cm abgenommen

Ich habe Untergewicht

Ich habe stark abgenommen

Ich bin im letzten Jahr mehr als 2x gestürzt

Ich bin Raucher

Ich war Raucher (letzte 2 Jahre)

Ich bin zunehmend bewegungsunfähig/eingeschränkt mobil

☐	Ja	☐	Nein
☐	Ja	☐	Nein
☐	Ja	☐	Nein
☐	Ja	☐	Nein
☐	Ja	☐	Nein
☐	Ja	☐	Nein
☐	Ja	☐	Nein
☐	Ja	☐	Nein
☐	Ja	☐	Nein
☐	Ja	☐	Nein

Erkrankungen

Diabetes mellitus Typ 1 ☐ Typ 2 ☐

Chronische Lebererkrankung

Nierenerkrankung

Darmentzündung: Colitis ulcerosa/M.Chron/Magenentfernung

Epilepsie

M. Parkinson

Alzheimer oder Demenz

Antiandrogene Therapie (Brustkrebs),(Prostatakrebs)etc.

Krebserkrankungen, welche?: _____

Sodbrennen

Magenschleimhautentzündungen

Störung der Schilddrüse oder Nebenschilddrüse (Hyperpara)

Spondylitis (Entzündung der Wirbelsäule)

COPD (chronische Lungenerkrankung)

Asthma

Depressionen

Zustand nach Schlaganfall

Herzschwäche o. Herzerkrankung

Hypertonie (Bluthochdruck)

Nachgewiesenes Rheuma

rheumatoide Arthritis (**keine Arthrose!!**)

wenn ja, wer ist der behandelnde

Rheumatologe: _____

☐	Ja	☐	Nein
☐	Ja	☐	Nein
☐	Ja	☐	Nein
☐	Ja	☐	Nein
☐	Ja	☐	Nein
☐	Ja	☐	Nein
☐	Ja	☐	Nein
☐	Ja	☐	Nein
☐	Ja	☐	Nein
☐	Ja	☐	Nein
☐	Ja	☐	Nein
☐	Ja	☐	Nein
☐	Ja	☐	Nein
☐	Ja	☐	Nein
☐	Ja	☐	Nein
☐	Ja	☐	Nein
☐	Ja	☐	Nein
☐	Ja	☐	Nein
☐	Ja	☐	Nein
☐	Ja	☐	Nein
☐	Ja	☐	Nein

Bitte wenden!

Getreideunverträglichkeit (Zöliakie)
Laktoseunverträglichkeit (Milchprodukte)

	Ja		Nein
	Ja		Nein

Bitte das zutreffende Medikament unterstreichen!

Ich bekomme folgende Medikamente

Schilddrüsenhormone
weibliche oder männliche Hormone
Insulin oder Metformin wegen Diabetes mellitus
Magenschutzpräparat („PPI“ wie Omeprazol, Pantoprazol)
Antihormontherapie bei Krebserkrankungen
Entwässerungstabletten (Diuretica)
Antidepressiva
Schlafmittel
Anti-Epileptika
Opioide z.B. Morphinum
Sedativa (Beruhigungsmittel)
Herztabletten
wenn ja, welche: _____
Bluthochdrucktabletten
Kortison in Tablettenform o. als Spray (z.B. Asthma-Spray)
Blutverdünner (z.B. Marcumar, ASS, Eliquis, Pradaxa, Xarelto)
Wenn ja, welche: _____

	Ja		Nein
	Ja		Nein
	Ja		Nein
	Ja		Nein
	Ja		Nein
	Ja		Nein
	Ja		Nein
	Ja		Nein
	Ja		Nein
	Ja		Nein
	Ja		Nein
	Ja		Nein
	Ja		Nein
	Ja		Nein

Sonstige Erkrankungen, die oben nicht aufgeführt sind:

Sonstige Medikamenteneinnahme:

Allergien:

Bei folgenden Fachärzten bin ich regelmäßig in Behandlung:

Datum

Unterschrift