



**Fragen für Männer:**

- |                                       | Ja                       | Nein                     | Weiß<br>nicht            |
|---------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 35. Krankheiten der Prostata          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 36. Schwierigkeiten beim Wasserlassen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**Fragen für Frauen:**

- |  |                          |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 37. Krankheiten der weiblichen Unterleibsorgane      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 38. Erkrankung der weiblichen Brüste                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 39. Unregelmäßige Periode<br>Letzte Periode am _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 40. Sind Sie schwanger?                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

41. In welcher Woche? \_\_\_\_\_

42. Wie viele Schwangerschaften hatten Sie? \_\_\_\_\_

43. Wie viele Geburten hatten Sie? \_\_\_\_\_

44. Nehmen oder nahmen Sie die Pille oder sonstige Hormonpräparate? 

Ja	Nein
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Sonstige Fragen zur Krankengeschichte:**

- |  |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 45. Leiden Sie an einer Sehstörung (Brille)?                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 46. Wurden Sie schon mal/mehrfach operiert?<br>Wenn ja, woran? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

47. Wann war die letzte Röntgenuntersuchung? \_\_\_\_\_

48. Waren Sie in den letzten 12 Monaten in Mittelmeerländern, in Asien oder in den Tropen? 

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

49. Nehmen oder nahmen Sie regelmäßig Medikamente (Abführ-, Beruhigungs-, Schlaf- oder Kopfschmerzmittel)?  
Wenn ja, welche? 

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

50. Trinken Sie regelmäßig alkoholische Getränke? 

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

51. Rauchen Sie gewohnheitsmäßig?  
Wenn ja, wie viel? \_\_\_\_\_ 

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

52. Haben Sie geraucht? 

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

53. Nehmen oder nahmen Sie Drogen?  
Wenn ja, welche? 

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

54. Treiben Sie weniger als zweimal wöchentlich Sport? 

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

55. Welchen Sport betreiben Sie?  
\_\_\_\_\_**Fühlen Sie sich in Ihrer Gesundheit beeinträchtigt?**

- |   | Ja                       | Nein                     |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 56. ... durch Lärm (Arbeitsplatz, Freizeit, Nachtruhe)?       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 57. ... durch Staub/Rauch/Abgase (Arbeitsplatz, Wohnbereich)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 58. ... durch Schichtarbeit?                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**Allgemeinbefinden:**

- |  |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 59. Haben Sie innerhalb der letzten 12 Monate mehr als 5 kg zugenommen?      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 60. Haben Sie innerhalb der letzten 12 Monate mehr als 5 kg abgenommen?      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 61. Haben Sie auffallend großen Durst?                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 62. Schlafen Sie schlecht oder schlafen Sie schlecht ein?                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 63. Bedrückt Sie etwas ernsthaftes (beruflich, privat/in der Partnerschaft)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 64. Leiden Sie an einer Neurose oder anderen nervösen Beschwerden?           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**Sind in Ihrer Familie folgende Krankheiten vorgekommen?**

- |   | Vater                    | Mutter                   | Großeltern               | Kinder                   |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 65. Hoher Blutdruck                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Schlaganfall  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 66. Herzinfarkt                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 67. Übergewicht                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 68. Diabetes Typ I/II                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 69. Gicht   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 70. Nerven-, Gemüts-, Geisteskrankheiten            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 71. Epilepsie                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 72. Tuberkulose (Tbc)                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 73. Gallen-, Nieren-, Blasensteine                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 74. Krebs   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 75. Suchtkrankheiten (Alkohol, Medikamente, Drogen) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 76. Andere Krankheiten?                             |                          |                          |                          |                          |

77. Sind chronische Erkrankungen in der Familie bekannt?  
Wenn ja, welche? 

Ja	Nein
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>