

Gesundheitsfragebogen

Die nachfolgenden Fragen betreffen Ihre Person und Ihre Krankenvorgeschichte. Sie dienen der Klärung Ihres Gesundheitszustandes und erleichtern unser anschließendes Gespräch. Die **gewissenhafte** und **vollständige** Beantwortung der Fragen (**Vorder- und Rückseite**) liegt daher in Ihrem eigenen Interesse. Auf Seite Zwei willigen Sie auch in die Verarbeitung Ihrer Daten ein. Ihre Antworten unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Bitte schreiben Sie deutlich und kreuzen das jeweils zutreffende Kästchen deutlich an.

☐ m ☐ w ☐ d

Familienname, Vorname	
Geburtsdatum	
Geburtsort	
PLZ / Wohnort	
Straße / Hausnummer	
Telefon	
E-Mail-Adresse	
ausgeübter Beruf/ Tätigkeit	
Arbeitgeber	
Abteilung/Gruppe	
Hausarzt	

Haben bzw. hatten Sie schon eine der folgenden Krankheiten?

	<u>ja</u>	<u>nein</u>	Notizen des Arztes
• Epilepsie (Krampfanfälle), Bewusstseinsstörungen	☐	☐	
• Schwindel, Gleichgewichtsstörungen	☐	☐	
• Schlaganfall, Lähmungen	☐	☐	
• Krebserkrankungen	☐	☐	
• Nervöse Beschwerden, psychische Erkrankungen	☐	☐	
• Erkrankung, Beschwerden oder Operationen am Auge	☐	☐	
• Erkrankung, Beschwerden oder Operationen am Ohr	☐	☐	
• Herzinfarkt	☐	☐	
• Andere Herzkrankheiten od. Gefäßleiden	☐	☐	
• Blutarmut, Blutkrankheiten	☐	☐	
• Krampfadern, Thrombose, offene Beine	☐	☐	
• Hoher Blutdruck	☐	☐	
• Lungenerkrankungen / Chron. Bronchitis	☐	☐	
• Asthma, Heuschnupfen, Allergien	☐	☐	
• Zuckerkrankheit (Diabetes)	☐	☐	
• Schilddrüsenkrankheiten	☐	☐	

Bitte wenden/ Rückseite ausfüllen→

	<u>ja</u>	<u>nein</u>	Notizen des Arztes
• Bestehen Schlafstörungen, schnarchen Sie, oder leiden Sie an Tagesmüdigkeit	☐	☐	_____
• Magen- oder Darmerkrankungen, Geschwüre	☐	☐	_____
• Gelbsucht, Leberkrankheiten, Gallensteine	☐	☐	_____
• Nieren- od. Blasenentzündung bzw.-steine	☐	☐	_____
• Krankheiten der Gelenke, Wirbelsäule, Muskulatur	☐	☐	_____
• Gelenkrheumatismus mit Fieber, Gicht	☐	☐	_____
• Knochenbrüche, Unfälle mit bleibenden Folgen	☐	☐	_____
• Hautkrankheiten	☐	☐	_____
• Andere Krankheiten. Wenn ja, welche?	☐	☐	_____

(auch Infektions- und Stoffwechselkrankheiten, Erkrankungen der Geschlechtsorgane)

- Wurden Sie schon einmal operiert? ☐ ja ☐ nein
- Wenn ja, Woran? Wann?
- _____
- _____

Sonstige Fragen zu Ihrer Person:	<u>ja</u>	<u>nein</u>	Notizen des Arztes
Treiben Sie Sport (regelmäßige körperliche Betätigung)?	☐	☐	_____
Trinken Sie Alkohol? (auch wenn gelegentlich <u>ja</u> ankreuzen)	☐	☐	_____
Nehmen Sie Drogen?	☐	☐	_____
Rauchen Sie (Zigaretten, Zigarre, Pfeife, Shisha)?	☐	☐	_____
Wenn nein; haben Sie früher geraucht?	☐	☐	_____
Nehmen od. nahmen Sie regelmäßig Medikamente?	☐	☐	_____
Wenn ja, welche? (auch Schmerz-/Schlaftabletten)			_____

Anerkannte Schwerbehinderung.	☐	☐	_____
Arbeitsplatzwechsel aus gesundheitlichen Gründen?	☐	☐	_____

(Bestehen oder bestanden früher einmal berufsbedingt gesundheitliche Probleme?)

Datenschutzgrundverordnung - Einwilligung in die Verarbeitung:

Mir ist aus den mir zur Verfügung gestellten Informationen des CAB bekannt, dass es sich hierbei um besondere personenbezogene Daten (Gesundheitsdaten, biografische Angaben usw.) handelt und ich willige in die Erhebung, Nutzung, Verarbeitung, Speicherung und Übermittlung meiner personenbezogenen und meiner besonderen personenbezogenen Daten, entsprechend der vorliegenden Information im Rahmen der gesetzlichen Vorschriften, ein. Diese Einwilligung kann ich jederzeit widerrufen.

Hiermit bestätige ich auch die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben:

Unterschrift: _____