

Check-up



→ Sportmedizin

FRAGEBOGEN

Bitte füllen Sie den Fragebogen vor Ihrem Termin aus und bringen Sie diesen zur Untersuchung mit oder senden ihn vorgängig per E-Mail an checkup@zgks.ch.

PERSÖNLICHE ANGABEN

Name	_____	Vorname	_____
Geburtsdatum	_____	E-Mail	_____
Telefon Privat	_____	Telefon Mobile	_____
Strasse, Nr.	_____	PLZ, Ort	_____
Grösse	_____ cm	Gewicht	_____ kg

GESUNDHEITZUSTAND

Fühlen Sie sich aktuell gesund?

☐ Ja
☐ Nein, weil _____

Bestehen oder bestanden bei Ihnen folgende Krankheiten, Störungen oder Beschwerden?

Atmungsorgane
z.B. Asthma, grössere Lungenentzündungen, ...
☐ Nein ☐ Ja, welche? _____

Herz
z.B. Herzfehler, Herzinfarkt, Herzoperation,
Hirnschlag, Thrombosen, ...
☐ Nein ☐ Ja, welche? _____

Nervensystem
z.B. Epilepsie, Schwindel, Lähmungen, ...
☐ Nein ☐ Ja, welche? _____

Psyche
z.B. Platzangst, Höhenangst, Panikattacken,
Depression, ...
☐ Nein ☐ Ja, welche? _____

Verdauungs- oder Bauchorgane
z.B. Nierensteine, Magenbrennen,
Lebererkrankungen, ...
☐ Nein ☐ Ja, welche? _____

Stoffwechsel oder Blut
z.B. Erhöhung des Blutzuckers, der Cholesterinwerte,
der Schilddrüsenwerte, Gerinnungsstörung, ...
☐ Nein ☐ Ja, welche? _____

Immunsystem

z.B. Hepatitis, HIV, Tropenkrankheit, ...

☐ Nein☐ Ja, welche? _____**Haut**

z.B. Ekzeme, Ausschläge, ...

☐ Nein☐ Ja, welche? _____**Bewegungsapparat**

z.B. Brüche, Wirbelsäulenprobleme, Bandscheibenvorfälle, ...

☐ Nein☐ Ja, welche? _____

Haben Sie Allergien?

☐ Nein☐ Ja, welche? _____**ALLGEMEINE FRAGEN**

Tragen Sie eine Brille/Linsen?

☐ Nein☐ Ja, was?☐ Brille☐ Linsen

Rauchen Sie?

☐ Nein☐ Ja, seit _____

Jahren,

Zigaretten/Tag

Trinken Sie Alkohol?

☐ Nein☐ Ja, was? _____

Wie oft? _____

Treiben Sie Sport?

☐ Nein☐ Ja, was? _____

Wie oft? _____

FRÜHERE OPERATIONEN / HOSPITALISATIONEN

Wann? (Jahr)	Was?	Bemerkung

MEDIKAMENTE

Welche Medikamente nehmen Sie ein? Falls vorhanden, bitten wir Sie, Ihren Medikamentenplan mitzubringen.

Name: _____

Dosis: _____

Name: _____

Dosis: _____

Name: _____

Dosis: _____

Name: _____

Dosis: _____

FRAGEN ZU IHRER FAMILIE

In welchem Jahr sind Ihre Eltern geboren?

Mutter: _____

Vater: _____

Gab es in Ihrer Familie (Eltern/Grosseltern, ...) einen Herzinfarkt oder Schlaganfall vor dem 50. Lebensjahr?

☐ Nein☐ Ja, bei wem? _____

Gibt es in Ihrer Familie Tumorerkrankungen?

☐ Nein☐ Ja, welche? _____

Bei wem? _____

WOHLBEFINDEN

Die folgenden Aussagen betreffen Ihr Wohlbefinden in den letzten zwei Wochen. Bitte markieren Sie bei jeder Aussage die Rubrik, die Ihrer Meinung nach am besten beschreibt, wie Sie sich in den letzten zwei Wochen gefühlt haben.

In den letzten 2 Wochen...	Die ganze Zeit	Meistens	Etwas mehr als die Hälfte der Zeit	Etwas weniger als die Hälfte der Zeit	Ab und zu	Zu keinem Zeitpunkt	Punkte
...war ich froh und guter Laune.	5	4	3	2	1	0	
...habe ich mich ruhig und entspannt gefühlt.	5	4	3	2	1	0	
...habe ich mich voller Energie und aktiv gefühlt.	5	4	3	2	1	0	
...habe ich mich beim Aufwachen frisch und ausgeruht gefühlt.	5	4	3	2	1	0	
...war mein Alltag voller Dinge, die mich interessieren.	5	4	3	2	1	0	
						Total:	

FRAGEN

Folgende Fragen möchte ich anlässlich des Check-ups noch besprechen:

Besten Dank für Ihre Mitarbeit. Wir freuen uns, Sie im Rahmen des Check-ups persönlich kennenzulernen.

Ort, Datum _____

Unterschrift Patient/in _____