

Vorsorgeuntersuchung / Gesundheitsberatung

Vor Arztbesuch bitte ausfüllen und zur Besprechung mitbringen.
Dieses Blatt ist vertraulich und bleibt beim Arzt.

Personalien:

	Ja	Nein	Bemerkung Fragen
Ich habe Sehprobleme. Ich arbeite mehr als 3 Std pro Tag am Bildschirm.	☐	☐	
	☐	☐	
Ich habe Probleme beim Hören: • Tinnitus? ☐ Gehörverminderung? ☐	☐	☐	
Bei mir oder in meiner näheren Verwandtschaft wurde erhöhter Blutzucker (Diabetes) festgestellt.	☐	☐	
Bei mir oder in meiner näheren Verwandtschaft wurden erhöhte Blutfette (Cholesterin) festgestellt.	☐	☐	
Bei mir oder in meiner näheren Verwandtschaft wurde erhöhter Blutdruck festgestellt.	☐	☐	
Bei mir oder in meiner näheren Verwandtschaft wurden Durchblutungsstörungen festgestellt: • Angina Pectoris ☐ , Herzinfarkt ☐ , Hirnschlag ☐ , Schaufensterkrankheit ☐	☐	☐	
Ich rauche Zigaretten, Zigarillos: _____ pro Tag • Seit _____ Jahren	☐	☐	
Ich habe schon gelegentlich Drogen genommen.	☐	☐	
In den letzten Wochen nahm ich Medikamente : • Schmerzmittel (Aspirin oder ähnliche) ☐ • Beruhigungsmittel (Temesta oder ähnliche) ☐ • Schlafmittel (Stilnox oder ähnliche) ☐ Ich nehme andere nicht vom Arzt verordnete Medikamente. • Welche? _____	☐	☐	
	☐	☐	
Ich mache regelmässige Zahnkontrollen beim Zahnarzt.	☐	☐	

Ich fühlte mich in den letzten Monaten erheblich belastet oder gestresst .	☐	☐	
Ich fühlte mich in den letzten Monaten häufig niedergeschlagen, traurig, bedrückt oder hoffnungslos .	☐	☐	
Ich hatte in den letzten Monaten deutlich weniger Lust und Freude an Dingen, die ich sonst gerne tue .	☐	☐	
Pro Woche trinke ich Alkohol :	☐ nie	☐ 3x	☐ mehr
Ich esse :	☐ normal	☐ zu wenig	☐ zu viel
Ich bewege mich pro Woche mehr als 30 Minuten:	☐ nie	☐ 3x	☐ mehr

Während der letzten 2 Monaten hatte ich: ☐ Brustschmerzen ☐ Atemnot ☐ Husten ☐ Beschwerden beim Wasser lassen ☐ Bauchschmerzen ☐ Veränderte Stuhlgewohnheiten (Blut) ☐ Ungewollte Gewichtsveränderung ☐ _____ ☐ _____ ☐ _____	Ich habe folgende Krankheiten: ☐ Depression ☐ Migräne oder Kopfschmerzen ☐ Schwindelanfälle mit Stürzen ☐ Blasenschwäche ☐ Sexuelle Störungen ☐ Chronische Rückenschmerzen ☐ Schlafstörungen ☐ _____ ☐ _____ ☐ _____
---	--

☐ Ich stehe in regelmässiger ärztlicher Behandlung .	☐ Ich stehe in alternativ - medizinischer Behandlung .
--	--

Ich hatte folgende Operationen: ☐ _____ ☐ _____ ☐ _____

In meiner Verwandtschaft gibt es Krebskrankheiten: ☐ Dickdarm ☐ Brust ☐ Prostata ☐ _____
--

Selbsteinschätzung: Wo stehe ich?

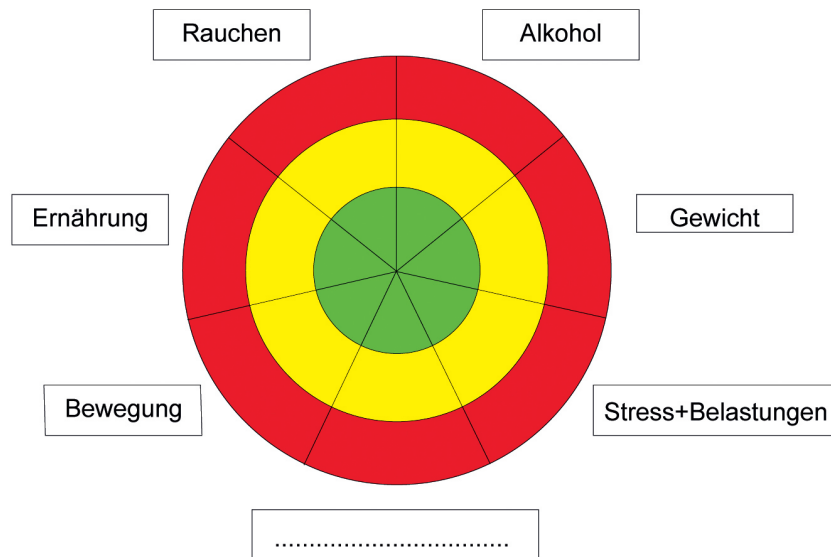
Bitte füllen Sie dieses Blatt aus und bringen Sie es mit zur Vorsorgeuntersuchung bei Ihrem Arzt, Ihrer Ärztin.

Name:

Datum:

1. Mein jetziges Gesundheitsverhalten

Grün: günstig für Ihre Gesundheit - Gelb: noch verbesserungswürdig - Rot: ungünstig für Ihre Gesundheit



2. Meine Motivation jetzt

a. Wie wichtig ist mir eine Veränderung? (selber etwas für meine Gesundheit zu tun)

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10
 0 = gar nicht wichtig 10 = sehr wichtig

b. Wie gross ist mein Vertrauen, dass ich das schaffe?

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10
 0 = gar nicht gross 10 = sehr gross

c. Wie bereit bin ich dafür, eine Veränderung jetzt anzupacken?

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10
 0 = gar nicht bereit 10 = sehr bereit

Bemerkungen 



© Kollegium für Hausarztmedizin, Landhausweg 26, CH-3007 Bern
 www.gesundheitscoaching-khm.ch

