



Fragebogen zur Vorsorgeuntersuchung J2 (16-17 Jahre)

Hier bitte ich Sie um einige Auskünfte. Ihre Antworten bleiben vertraulich, d.h. sie werden an niemanden weitergegeben. Wenn Sie bestimmte Fragen nicht beantworten möchten, ist das o.k. Machen Sie bitte nur ein Kreuz in jede Zeile. Setzen Sie die Kreuze nur auf die Kreise, nicht in die Zwischenräume.

1. Familienvorgeschichte: (hierzu können Sie auch Ihre Eltern befragen)

Gibt es bei Ihren Eltern, Geschwistern oder Großeltern

Zuckerkrankheit?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Allergien?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Herzinfarkte, Schlaganfälle vor dem 55.Lebensjahr?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Fettstoffwechselstörungen (z.B. hohes Cholesterin)?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Schilddrüsenerkrankungen?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Asthma?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Epilepsie?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Krebserkrankungen?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Blutgerinnungsstörungen?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
andere Erkrankungen?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein

2. Eigene Vorgeschichte:

Gibt es in Ihrer eigenen Vorgeschichte

Operationen?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Krankenhausaufenthalte?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Allergien?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Kreislaufprobleme?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Schmerzen (Kopf-, Rücken-, Brust-, Bauch-)?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Nehmen Sie Medikamente ein?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein

3. Haben Sie Fragen oder Bemerkungen zu folgenden Themen?

Gewicht	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Verdauung (Magen, Darm, Erbrechen, Verstopfung, Durchfall)	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Kreislauf (Schwindel, Ohnmacht, Herz, Blutdruck)	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Arme, Beine, Gelenke, Muskeln, Rücken, Nacken	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Ohren, Hören	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Augen, Sehen	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Geschlechtsorgane	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Verhütung	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
AIDS	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Tod	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Drogen (Alkohol, Nikotin, andere)	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Computerspiele	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein