Fragen zum Gesundheitszustand

(Bitte beantworten Sie die Fragen vollständig und sorgfältig)

		Person 1	Person 2
Größe	ab 10 Jahren	cm	cm
Gewicht	ab 10 Jahren	kg	kg

1. Bestehen oder bestanden bei Ihnen in den letzten 5 Jahren Krankheiten (auch wenn Sie nicht behandelt wurden) oder Beschwerden in den folgenden Bereichen?

Personen bis 16 Jahre	**Personen ab 16 Jahre**				
a) *Bewegungskoordinationsstörung (Ataxie), Bluter (Hämophilie), Blutkrebs (Leukämie), Diabetes, Epilepsie, angeborene Fehlbildungen, chronische Gelenkentzündungen (juvenile Arthritis), Störungen der Hirnanhangdrüse (Hypophyse), Hirnblutung, Hirndruckerkrankung, HIV-Infektion, Krebs, Leberentzündung (Hepatitis), Lähmungen, Mukoviszidose (zystische Fibrose), Multiple Sklerose (MS), Muskelkrämpfe (Spastiken), neuromuskuläre Erkrankungen, Nierenfunktionsstörung, Organtransplantation, psychische Erkrankungen, Sichelzellerkrankung*	a) *Alkoholabhängigkeit, Arterienverkalkung (Arteriosklerose), Bluter (Hämophilie), chronisch entzündliche Darmerkrankung (CED), Demenz, Diabetes, Durchblutungsstörung des Gehirns (TIA), Epilepsie, Gelenkersatz (TEP), Herzinfarkt, Herzinsuffizienz, Herzschrittmacher, Hirnblutung, HIV-Infektion, Hüftgelenksarthrose, Kniegelenksarthrose, Koronare Herzerkrankung (KHK), Krebs, Leberentzündung/Gelbsucht (Hepatitis), Multiple Sklerose (MS), neuromuskuläre Erkrankungen, Nierenfunktionsstörung, Organtransplantation, Parkinson, psychische Erkrankungen, Raucherhusten/Raucherlunge (COPD), Schlaganfall, Vorhofflimmern*	ja ☐	nein ☐	ja ☐	nein ☐
b) *Asthma, Blutschwamm (Hämangiom), Darmerkrankungen, Ekzem (Neurodermitis), Gelbsucht, Hörverlust, Kehlkopfentzündung, nicht ausgeheilter Knochenbruch, Knochenfehlbildung (juvenile Osteochondrose), Leistenbruch, Lippen-Kiefer-Gaumenspalte, Lungenfunktionsstörung, chronische Mandelentzündung, Mittelohrentzündung, Nabelbruch (Hernie), chronische Nebenhöhlenentzündung, Nesselsucht (Urtikaria), Pseudokrupp, Sauerstoffminderversorgung, Schielen (Strabismus), Vorhofseptumdefekt (Foramen ovale/ASD), Wirbelsäulenverformung*	b) *Darmerkrankungen, Endometriose, Gallenblasenerkrankung, Grauer Star (Katarakt), Grüner Star (Glaukom), gutartige Neubildung, Hämorrhoiden, Harnsteine, anhaltendes Herzrasen (Tachykardie), Knieerkrankungen, Krampfadern, Leistenbruch, chronische Mandelentzündung, Nabelbruch (Hernie), Nasenscheidewandverkrümmung, chronische Nebenhöhlenentzündung, Netzhautablösung, Nierensteine, Prostatavergrößerung (Prostatahyperplasie), Schiefzehe (Hallux valgus), vergrößerte Schilddrüse (Struma), Schultererkrankungen, Schuppenflechte (Psoriasis), Unfruchtbarkeit (Infertilität/Sterilität), Wirbelsäulenerkrankung*	ja ☐	nein ☐	ja ☐	nein ☐
c) *Blasenschwäche, Bluthochdruck (Hypertonie), Fettstoffwechselstörung, chronischer Harnwegsinfekt, Herzstolpern (Extrasystolie), chronische Magenschleimhautentzündung (Gastritis), Migräne, Schlafapnoe-Syndrom, chronisches Sodbrennen (Refluxkrankheit)*		ja ☐	nein ☐	ja ☐	nein ☐

2. Waren Sie in den letzten 5 Jahren im Krankenhaus oder hatten Sie einen anderen stationären Aufenthalt, wegen Krankheiten oder Beschwerden, die Sie nicht in der Frage 1. a) – c) angegeben haben? ja ☐ nein ☐ ja ☐ nein ☐
Nicht anzugeben sind: *Akute Bronchitis, komplikationslose Geburt, verheilter Knochenbruch/Platz-/Schnitt-/Schürfwunde, Neugeborenenblutvergiftung (Neugeborenensepsis), Zahnentfernung*

3. Haben Sie in den letzten 3 Jahren wiederholt oder regelmäßig Medikamente eingenommen oder angewendet (z.B. Tabletten, Tropfen, Spritzen, Salben) oder wurden Medikamente ärztlich angeraten? ja ☐ nein ☐ ja ☐ nein ☐
Nicht anzugeben sind: *Medikamente bei Allergien, bei akuter Bronchitis, bei grippalen Infekten, bei Schilddrüsenunterfunktion, Pille*

4. Ist bei Ihnen in den nächsten 12 Monaten eine Untersuchung (z.B. Tumornachsorge), Behandlung, Operation oder Krankenhausaufenthalt angeraten oder beabsichtigt oder stehen noch Untersuchungsergebnisse aus? ja ☐ nein ☐ ja ☐ nein ☐
Nicht anzugeben sind: *Gesundheitschecks und Vorsorgeuntersuchungen und U-Untersuchungen bei Kindern*

Nähere Angaben, falls eine Frage mit „ja“ beantwortet wurde:

Person	zu Frage	Genaue Diagnose/ Art der Beschwerden	von	bis	Art der Behandlung (z.B. Medikament/Krankenhaus/Operation)	von	bis	Arbeitsunfähigkeit von	Arbeitsunfähigkeit bis	Behandelnder Arzt/Therapeut Name und Anschrift