

# Fragebogen zum Gesundheitstag



## Check-Up zum Thema „Gefäßgesundheit“

**Name /Vorname:**

**Geb. Datum:**

**Telefonnummer:**

**Größe:**

**Gewicht:**

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?  Ja  Nein

Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

Ist Ihnen bekannt, dass Sie an einer Gefäßerkrankung leiden?  Ja  Nein

Wenn ja, welcher Art:

Ist bei Ihnen ein erhöhter Cholesterin Wert bekannt?  Ja  Nein

Würden Sie selbst sagen das Sie an Bewegungsarmut leiden?  Ja  Nein

Rauchen Sie?  Ja  Nein

Wenn ja, wie viel pro Tag? \_\_\_\_\_

Leiden Sie an Bluthochdruck?  Ja  Nein

Haben Sie Übergewicht?  Ja  Nein

Leiden Sie an Diabetes?  Ja  Nein

Leiden Sie unter Stress (egal ob Arbeit oder Privat)  Ja  Nein

Haben Sie häufiger Schmerzen in den Beinen beim Gehen?  Ja  Nein

Haben/hatten Sie schon einmal das Gefühl von

Brustenge/Atemnot oder Herzschmerzen?  Ja  Nein

Haben Sie öfter auffällig kalte Extremitäten? (Arme/ Beine)  Ja  Nein

Waren Sie schon einmal kurzzeitig bewusstlos?  Ja  Nein

Sind bei Ihnen andere Vorerkrankungen bekannt? Z.B. Herzinfarkt, Schlaganfall, Gallen-/Nierensteine, Operationen im Bauchraum, Tumorerkrankungen  Ja  Nein

Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

Für Männer: Leiden Sie an Erektionsstörungen?  Ja  Nein

Gibt es in Ihrer Familie (Eltern oder Geschwister) Vorerkrankungen (z.B. Schlaganfall / Herzinfarkt).

Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

Bitte wenden

Diese Antworten erleichtern die ärztliche Einschätzung Ihrer Gefäßgesundheit.

Vielen Dank

Ich bin damit einverstanden, dass meine erhobenen Gesundheitsdaten **in anonymisierter** Form an die NEW AG zur Auswertung übermittelt werden.  Ja  Nein

Hiermit gebe ich mein Einverständnis für eine Blutuntersuchung und eine Ultraschalluntersuchung.

**Ort/Datum**

**Unterschrift**