

Fragen für Männer:

- | | Ja | Nein | Weiß
nicht |
|---------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 35. Krankheiten der Prostata | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 36. Schwierigkeiten beim Wasserlassen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Fragen für Frauen:

- | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 37. Krankheiten der weiblichen Unterleibsorgane | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 38. Erkrankung der weiblichen Brüste | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 39. Unregelmäßige Periode Letzte Periode am _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 40. Sind Sie schwanger? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

41. In welcher Woche? _____

42. Wie viele Schwangerschaften hatten Sie? _____

43. Wie viele Geburten hatten Sie? _____

44. Nehmen oder nahmen Sie die Pille oder sonstige Hormonpräparate?

| | |
|--------------------------|--------------------------|
| Ja | Nein |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Sonstige Fragen zur Krankengeschichte:

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 45. Leiden Sie an einer Sehstörung (Brille)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 46. Wurden Sie schon mal/mehrfach operiert? Wenn ja, woran? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

47. Wann war die letzte Röntgenuntersuchung?

_____48. Waren Sie in den letzten 12 Monaten in Mittelmeerländern, in Asien oder in den Tropen?

| | |
|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|--------------------------|--------------------------|

49. Nehmen oder nahmen Sie regelmäßig Medikamente (Abführ-, Beruhigungs-, Schlaf- oder Kopfschmerzmittel)?
Wenn ja, welche?

| | |
|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|--------------------------|--------------------------|

50. Trinken Sie regelmäßig alkoholische Getränke?

| | |
|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|--------------------------|--------------------------|

51. Rauchen Sie gewohnheitsmäßig?
Wenn ja, wie viel? _____52. Haben Sie geraucht?

| | |
|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|--------------------------|--------------------------|

53. Nehmen oder nahmen Sie Drogen?
Wenn ja, welche?

| | |
|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|--------------------------|--------------------------|

54. Treiben Sie weniger als zweimal wöchentlich Sport?

| | |
|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|--------------------------|--------------------------|

55. Welchen Sport betreiben Sie?

_____**Fühlen Sie sich in Ihrer Gesundheit beeinträchtigt?**

- | | Ja | Nein |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 56. ... durch Lärm (Arbeitsplatz, Freizeit, Nachtruhe)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 57. ... durch Staub/Rauch/Abgase (Arbeitsplatz, Wohnbereich)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 58. ... durch Schichtarbeit? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Allgemeinbefinden:

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 59. Haben Sie innerhalb der letzten 12 Monate mehr als 5 kg zugenommen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 60. Haben Sie innerhalb der letzten 12 Monate mehr als 5 kg abgenommen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 61. Haben Sie auffallend großen Durst? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 62. Schlafen Sie schlecht oder schlafen Sie schlecht ein? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 63. Bedrückt Sie etwas ernsthaftes (beruflich, privat/in der Partnerschaft)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 64. Leiden Sie an einer Neurose oder anderen nervösen Beschwerden? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Sind in Ihrer Familie folgende Krankheiten vorgekommen?

- | | Vater | Mutter | Großeltern | Kinder |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 65. Hoher Blutdruck | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Schlaganfall | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 66. Herzinfarkt | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 67. Übergewicht | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 68. Diabetes Typ I/II | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 69. Gicht | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 70. Nerven-, Gemüts-, Geisteskrankheiten | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 71. Epilepsie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 72. Tuberkulose (Tbc) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 73. Gallen-, Nieren-, Blasensteine | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 74. Krebs | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 75. Suchtkrankheiten (Alkohol, Medikamente, Drogen) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 76. Andere Krankheiten? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

77. Sind chronische Erkrankungen in der Familie bekannt?
Wenn ja, welche?

| | |
|--------------------------|--------------------------|
| Ja | Nein |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |