

Bitte nur markieren, wenn Familienangehörige diese Probleme haben bzw. hatten!

	Mutter	Vater	Großeltern	Onkel und Tanten	Geschwister
71	Angina Pectoris, Infarkt				
72	Andere Herzkrankheiten				
73	Plötzlicher Herztod				
74	Asthma, Bronchitis				
75	Krebs				
76	Bluthochdruck				
77	Schlaganfall				
78	Diabete				
79	Cholesterin-, Triglyzeridwerte				
80	Harnsäure oder Gicht				
81	Gallensteine				
82	Nierensteine				
83	Hepatitis				
84	Leberzirrhose				
85	Tuberkulose				
86	Glaukom				
87	Schilddrüsendysfunktion				
88	Krampfadern				

### Für Frauen:

- 89 ( ) Vorkommender Knoten in den Brüsten
- 90 ( ) Sekretion aus den Brustwarzen
- 91 ( ) Krankheiten in den Bereichen Eierstöcke, Gebärmutter, Genitalien
- 92 ( ) Harninkontinenz bei Anstrengungen
- 93 ( ) Schmerzen beim Geschlechtsverkehr
- 94 ( ) Erste Menstruation nach dem 15 Lebensjahr
- 95 ( ) Schwäche, Stress oder Unwohlsein während der Menstruation
- 96 ( ) Unregelmäßige Menstruationen
- 97 ( ) Schmerzhaft Menstruationen
- 98 ( ) Blutverlust außerhalb der Menstruation
- 99 ( ) Erste Schwangerschaft nach dem 25 Lebensjahr
- 100 ( ) Komplikationen in der Schwangerschaft
- 101 ( ) Abtreibung
- 102 ( ) Frühgeburt
- 103 ( ) Schnittentbindung (Kaiserschnitt)
- 104 ( ) Letzte Menstruation liegt mehr als ein Jahr zurück
- 105 ( ) Hitzewallungen, Schweißausbrüche

#### Zentrum Campo Belo

Vereador-José-Diniz-Str., 3.457 – Campo Belo  
 PLZ: 04616-003 – São Paulo – SP  
 Tel.: 11 2344-2700  
**Termine: (11) 3549-1000**  
[checkupcampobelo@haoc.com.br](mailto:checkupcampobelo@haoc.com.br)  
[www.hospitalalemao.org.br](http://www.hospitalalemao.org.br)

#### Zentrum Paraíso

João-Julião-Str.,331 – Block B - 6. Stock - Paraíso  
 PLZ: 01323-903 – São Paulo – SP  
 Tel.: (11) 3549-1000 / Fax.: (11) 3549-1603  
[checkup@haoc.com.br](mailto:checkup@haoc.com.br)  
[www.hospitalalemao.org.br](http://www.hospitalalemao.org.br)

# Fragebogen zu Symptomen und Anzeichen



cod. 217132

## Persönliche Daten

Name \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Geschlecht \_\_\_\_\_

Familienstand \_\_\_\_\_ Pass \_\_\_\_\_

CPF (Steuernummer) \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Stadt \_\_\_\_\_

Stadtteil \_\_\_\_\_

UF (Bundesland) \_\_\_\_\_

CEP (PLZ) \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

Staatsangehörigkeit \_\_\_\_\_

Beruf \_\_\_\_\_

Stellung \_\_\_\_\_

Unternehmen \_\_\_\_\_

### 1. Raucher? Ja ( ) Nein ( )

Seit \_\_\_\_\_ Jahren

( ) ( ) ( )  
Zigaretten / Tag Pfeifen / Tag Zigarren / Tag

### 2. Haben Sie mit dem Rauchen aufgehört?

Vor ( ) Jahren ( ) Jahre geraucht

### 3. Trinken Sie Alkohol?

- ( ) nein
- ( ) täglich
- ( ) Wochenende
- ( ) 3 x pro Woche

### 4. Treiben Sie Sport / körperliche Aktivitäten?

- ( ) nein
- ( ) 1 x pro Woche
- ( ) 2 x pro Woche
- ( ) 3x oder öfter in der Woche

Welcher Art? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### 5. Haben Sie sich einer (mehreren) Operation(en) unterzogen? Welcher(n)?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### 6. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? Welche/es?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Markieren Sie Probleme, die bei Ihnen auftraten:

- 7 ( ) Anämie
- 8 ( ) Blutungen
- 9 ( ) Rheumatisches Fieber
- 10 ( ) Diabetes
- 11 ( ) Tuberkulose
- 12 ( ) Bronchitis
- 13 ( ) Allergien
- 14 ( ) Harnsäure Gicht
- 15 ( ) Leistenbruch / Nabelbruch
- 16 ( ) Schilddrüsendysfunktion
- 17 ( ) Nephritis
- 18 ( ) Nierensteine / Nierenkolik
- 19 ( ) Glaukom
- 20 ( ) Katarakt (grauer Star)
- 21 ( ) Hepatitis
- 22 ( ) kürzlich ein unbegründeter Gewichtsverlust
- 23 ( ) Krankheiten in den Bereichen Haut, Nägel, Haare
- 24 ( ) Progressiver Sichtverlust
- 25 ( ) Schmerzen in den Augen
- 26 ( ) Hörprobleme bei Verwandten
- 27 ( ) Vertigo und Gleichgewichtsstörungen
- 28 ( ) Hörverlust, Klingeln in den Ohren
- 29 ( ) Niesreiz, verstopfte Nase, Nasensekretion
- 30 ( ) Veränderung des Geruchssinns
- 31 ( ) Halsschmerzen
- 32 ( ) Mundgeruch
- 33 ( ) Verschlucken, Heiserkeit
- 34 ( ) Bluthochdruck
- 35 ( ) Brustschmerzen (bei Belastung, Emotionen)
- 36 ( ) Herzrasen ohne ersichtlichen Grund
- 37 ( ) Krampfadern
- 38 ( ) Krämpfe
- 39 ( ) Schmerzen in den Beinen beim Laufen
- 40 ( ) Viel Durst, trinkt viel Flüssigkeit

- 41 ( ) Appetitlosigkeit
- 42 ( ) Übelkeit, Schwindel, Erbrechen
- 43 ( ) Schwierigkeiten beim Schlucken
- 44 ( ) regelmäßiges Sodbrennen
- 45 ( ) Völlegefühl nach dem Essen
- 46 ( ) Regelmäßiger Durchfall
- 47 ( ) Durchfall mit schwarzem Stuhl oder mit Blut
- 48 ( ) Kein Stuhlgang über mehrere Tage
- 49 ( ) Hämorrhiden
- 50 ( ) Bauchkoliken
- 51 ( ) Krankheiten Leber oder Gallenblase
- 52 ( ) Schmerzen, Entzündung oder Schwellungen der Gelenke
- 53 ( ) Sexuell übertragbare Erkrankungen
- 54 ( ) Blut oder Eiter im Urin
- 55 ( ) Schwierigkeiten beim Start des Urinierens
- 56 ( ) Langsame Entleerung der Blase
- 57 ( ) Wacht nachts immer zum Urinieren auf
- 58 ( ) Schmerz, Hitzegefühl oder Brennen beim Urinieren
- 59 ( ) Sexuelle Probleme
- 60 ( ) regelmäßige Kopfschmerzen
- 61 ( ) Ohnmachten, plötzliches Unwohlsein oder Schüttelkrämpfe
- 62 ( ) Neuropathien (Nervenkrankheiten)
- 63 ( ) Insomnie (Schlafstörungen)
- 64 ( ) Ständige Gereiztheit
- 65 ( ) Nervosität
- 66 ( ) Angstzustände
- 67 ( ) Depression
- 68 ( ) übermäßige Müdigkeit
- 69 ( ) Lähmung

### 70 Andere Erkrankungen:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_