

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 () Schmerzhaftes 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
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
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 () Gehörprobleme 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:
