

Gesundheits-Fragebogen

B. Braun SE, Gesundheitsdienst, Melsungen

B | BRAUN

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Sind Sie derzeit in ärztlicher Behandlung?

☐ nein / ☐ ja, seit: _____

wegen: _____

Ist bei Ihnen ein Diabetes diagnostiziert?

☐ nein / ☐ ja

Nehmen Sie Medikamente (z.B. Fett- oder Blutdrucksenker) oder Nahrungsergänzungsmittel (wie Vit. D) ein?

☐ nein / ☐ ja, welche: _____

Besteht bei Ihnen eine Allergie?

☐ nein / ☐ ja, gegen: _____

Kur- oder Rehaaufenthalt?

☐ nein / ☐ ja, wann: _____

warum: _____

Sind Sie schwerbehindert?

☐ nein / ☐ ja, (GdB): _____

Wurden Sie in den letzten 10 Jahren geimpft?

☐ nein / ☐ ja / ☐ weiß nicht

Rauchen Sie?

☐ nein / ☐ ja (z.B. Tabak, E-Zigarette, Vape, Shisha)

Schnarchen Sie?

☐ nein / ☐ ja / ☐ weiß nicht

Falls ja, sind Atemaussetzer aufgefallen?

☐ nein / ☐ ja / ☐ weiß nicht

Trat bei leiblichen Verwandten früh (< 55 Jahre) ein Herzinfarkt oder Schlaganfall auf (ggf. verstorben)?

☐ nein / ☐ ja

Im grauen Feld: Ergänzungsfragen zur Berechnung Ihrer Risikofaktoren beim Präventions Check-up:

Wurde bei mindestens einem Mitglied Ihrer Verwandtschaft Diabetes diagnostiziert?

☐ nein / ☐ ja, in der entfernten Verwandtschaft (leibliche Großeltern, Tanten, Onkeln, Cousinen oder Cousins)

☐ ja, in der nahen Verwandtschaft (leibliche Eltern, Kinder, Geschwister)

Haben Sie täglich mindestens 30 Minuten körperliche Bewegung?

☐ nein / ☐ ja

Wie oft essen Sie Obst, Gemüse oder dunkles Brot (Roggen- oder Vollkornbrot)?

☐ nicht jeden Tag / ☐ jeden Tag

Wurden Ihnen schon einmal Medikamente gegen Bluthochdruck verordnet?

☐ nein / ☐ ja

Wurden bei ärztlichen Untersuchungen schon einmal zu hohe Blutzuckerwerte festgestellt?

☐ nein / ☐ ja

Sind Sie bei Ihrer Arbeit...

- ☐ Vorwiegend geistig tätig? ☐ Vorwiegend körperlich tätig?
☐ Etwa gleichermaßen geistig und körperlich tätig?

Wenn Sie Ihre beste, je erreichte Arbeitsfähigkeit mit 10 Punkten bewerten: Wie viele Punkte würden Sie dann für Ihre derzeitige Arbeitsfähigkeit geben? (0 bedeutet, dass Sie derzeit arbeitsunfähig sind)

- ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10

Wie schätzen Sie Ihre derzeitige Arbeitsfähigkeit in Bezug auf die körperlichen Arbeitsanforderungen ein?

- ☐ sehr gut / ☐ eher gut / ☐ mittelmäßig / ☐ eher schlecht / ☐ sehr schlecht

Wie schätzen Sie Ihre derzeitige Arbeitsfähigkeit in Bezug auf die psychischen Arbeitsanforderungen ein?

- ☐ sehr gut / ☐ eher gut / ☐ mittelmäßig / ☐ eher schlecht / ☐ sehr schlecht

Behindert Sie derzeit eine Erkrankung / Verletzung bei der Arbeit? Kreuzen Sie ggf. mehrere Antwort-Möglichkeiten an.

- ☐ Keine Beeinträchtigung / Ich habe keine Erkrankung
☐ Ich kann meine Arbeit ausführen, habe aber Beschwerden
☐ Ich bin manchmal gezwungen langsamer zu arbeiten oder meine Arbeitsmethoden zu ändern
☐ Ich bin oft gezwungen langsamer zu arbeiten oder meine Arbeitsmethoden zu ändern
☐ Wegen meiner Krankheit bin ich nur in der Lage Teilzeitarbeit zu verrichten
☐ Meiner Meinung nach bin ich völlig arbeitsunfähig

Wie viele ganze Tage blieben Sie auf Grund eines gesundheitlichen Problems (Krankheit, Gesundheitsvorsorge oder Untersuchung) im letzten Jahr (12 Monate) der Arbeit fern?

- ☐ überhaupt keinen
☐ höchstens 9 Tage
☐ 10 bis 24 Tage
☐ 25 bis 99 Tage
☐ 100 bis 365 Tage

Glauben Sie, dass Sie, ausgehend von Ihrem jetzigen Gesundheitszustand, Ihre derzeitige Arbeit auch in den nächsten zwei Jahren ausüben können?

- ☐ unwahrscheinlich / ☐ nicht sicher / ☐ ziemlich sicher

Haben Sie in der letzten Zeit Ihre täglichen Aufgaben mit Freude erledigt?

- ☐ häufig / ☐ eher häufig / ☐ manchmal / ☐ eher selten / ☐ niemals

Waren Sie in letzter Zeit aktiv und rege?

- ☐ immer / ☐ eher häufig / ☐ manchmal / ☐ eher selten / ☐ niemals

Waren Sie in der letzten Zeit zuversichtlich, was die Zukunft betrifft?

- ☐ ständig / ☐ eher häufig / ☐ manchmal / ☐ eher selten / ☐ niemals

Gesundheits-Fragebogen

B. Braun SE, Gesundheitsdienst, Melsungen

B | BRAUN

Anzahl der aktuellen ärztlich diagnostizierten Krankheiten					
Kreuzen Sie in der folgenden Liste Ihre Krankheiten oder Verletzungen an. Geben Sie bitte auch an, ob ein Arzt diese Krankheiten diagnostiziert oder behandelt hat.					
Haben Sie Beschwerden oder Krankheiten aus folgender Liste		nein	ja, eigene Diagnose		ja, Diagnose vom Arzt
			manchmal	häufig	
1	Unfallverletzungen (z.B. des Rückens, der Glieder, Verbrennungen)	0	0	0	0
2	Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems von Rücken, Gliedern oder anderen Körperteilen (z.B. wiederholte Schmerzen in Gelenken oder Muskeln, Ischias, Rheuma, Wirbelsäulenerkrankungen)	0	0	0	0
3	Herz-Kreislauf-Erkrankungen (z.B. Bluthochdruck, Herzkrankheit, Herzinfarkt)	0	0	0	0
4	Atemwegserkrankungen (z.B. wiederholte Atemwegsinfektionen, chronische Bronchitis, Bronchialasthma)	0	0	0	0
5	Psychische Beeinträchtigungen (z.B. Depressionen, Angstzustände, Schlafstörungen, psychovegetatives Erschöpfungssyndrom)	0	0	0	0
6	Neurologische und sensorische Erkrankungen (z.B. Tinnitus, Hörschäden, Augenerkrankungen, Migräne, Epilepsie)	0	0	0	0
7	Erkrankungen des Verdauungssystems (z.B. der Gallenblase, Leber, Bauchspeicheldrüse, Darm)	0	0	0	0
8	Erkrankungen im Urogenitaltrakt (z.B. Harnwegsinfektionen, gynäkologische Erkrankungen)	0	0	0	0
9	Hautkrankheiten (z.B. allergischer Hautausschlag, Ekzem)	0	0	0	0
10	Tumore / Krebs	0	0	0	0
11	Hormon- / Stoffwechselerkrankungen (z.B. Diabetes, Übergewicht, Schilddrüsenprobleme)	0	0	0	0
12	Krankheiten des Blutes (z.B. Anämie)	0	0	0	0
13	Angeborene Leiden / Erkrankungen	0	0	0	0
14	Andere Leiden oder Krankheiten: Welche? _____ (bitte eintragen)	0	0	0	0