

Ärztlicher Fragebogen zum radprax Vital-Check

I. Angaben zur Person

Name:	Vorname:
Geburtsdatum:	
Privatadresse:	
Familienstand: ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> Partnerschaft <input type="checkbox"/> Kinder: ja <input type="checkbox"/> Anzahl __ nein <input type="checkbox"/>	
Funktion/Tätigkeit:	E-mail:
Krankenversicherung:	Telefon (dienstlich):
Telefon (privat):	Telefon (mobil):

Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht, an die auch alle Mitarbeiter/-innen der Praxis gebunden sind.

II. Familienvorgeschichte

Welche der folgenden Risikofaktoren oder Erkrankungen kamen in Ihrer Familie bei Geschwistern, Eltern und/oder Großeltern vor?

	Wer?	In welchem Alter (ca.)?
Bluthochdruck		
Erhöhtes Cholesterin Zuckerkrankheit (Diabetes)		
Herzinfarkt, Herzkranzgefäßverengung		
Schlaganfall		
Osteoporose		
Krebserkrankungen		
- Dickdarmkrebs		
- Lungenkrebs		
- Prostatakrebs		
- Brustkrebs		
- andere		
Magen-Darm-Polypen		
Haben Eltern/Großeltern ein Alter >80 J. erreicht?		

Ärztlicher Fragebogen zum radprax Vital-Check

III. Eigene Vorerkrankungen

Hatten oder haben Sie eine der folgenden Krankheiten?

	Ja	Wann? ggf. Erläuterungen einfügen
Kinderkrankheiten	<input type="checkbox"/>	
Mandelentzündung	<input type="checkbox"/>	
Nasennebenhöhlenentzündung	<input type="checkbox"/>	
Heuschnupfen (ggf. Allergie worauf?)	<input type="checkbox"/>	
Asthma	<input type="checkbox"/>	
Allergien	<input type="checkbox"/>	
Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/>	
Blutarmut, Blutkrankheit	<input type="checkbox"/>	
Lungenentzündung	<input type="checkbox"/>	
andere Lungenerkrankung	<input type="checkbox"/>	
Hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/>	
Zu hohes Cholesterin	<input type="checkbox"/>	
Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus) oder erhöhter nüchtern-Blutzucker	<input type="checkbox"/>	
gesicherte Herzkranzgefäßverengung	<input type="checkbox"/>	
Myokardinfarkt (Herzinfarkt)	<input type="checkbox"/>	
Herzrhythmusstörungen	<input type="checkbox"/>	
Herzinsuffizienz (Herzschwäche)	<input type="checkbox"/>	
Schlaganfall oder TIA (kurzzeitige Durchblutungsstörung des Gehirns)	<input type="checkbox"/>	
Ohnmachtsanfall	<input type="checkbox"/>	
Speiseröhrenentzündung	<input type="checkbox"/>	
Magen- oder Zwölffingerdarmgeschwür	<input type="checkbox"/>	
Magen-Darm-Polypen	<input type="checkbox"/>	
Lebererkrankung, Gelbsucht	<input type="checkbox"/>	
Gallensteine	<input type="checkbox"/>	
Bauchspeicheldrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/>	
Nierensteine	<input type="checkbox"/>	

Ärztlicher Fragebogen zum radprax Vital-Check

	Ja	Wann? ggf. Erläuterungen einfügen
Nieren-, Nierenbeckenentzündung	<input type="checkbox"/>	
Gicht, zu hoher Harnsäurespiegel	<input type="checkbox"/>	
entzündliche Gelenkerkrankungen	<input type="checkbox"/>	
Wirbelsäulenerkrankungen (Osteoporose, Bandscheibenvorfall)	<input type="checkbox"/>	
Tiefe Beinvenenthrombose oder oberflächliche Venenentzündung	<input type="checkbox"/>	
Durchblutungsstörung der Beine	<input type="checkbox"/>	
Knochenbrüche	<input type="checkbox"/>	
Hauterkrankungen	<input type="checkbox"/>	
Epilepsie (Krampfanfälle)	<input type="checkbox"/>	
Gemütskrankheiten, Depression	<input type="checkbox"/>	
Migräne	<input type="checkbox"/>	
Glaukom (grüner Star)	<input type="checkbox"/>	
Ohrenkrankheiten	<input type="checkbox"/>	
Bei Männer: Prostataprobleme	<input type="checkbox"/>	
Bei Frauen: Erkrankungen der Gebärmutter oder der Eierstöcke	<input type="checkbox"/>	
Wurden Sie operiert?	<input type="checkbox"/>	<i>falls ja: woran, wann, welche Seite, Folgeschäden?</i>
Andere, ungenannte Krankheiten?	<input type="checkbox"/>	

Ärztlicher Fragebogen zum radprax Vital-Check

IV. Aktuelle Beschwerden

Haben Sie aktuell oder hatten Sie in jüngster Zeit folgende Beschwerden? Wenn nein, können Sie das jeweilige Kapitel überspringen. Wenn ja, dann geben Sie bitte auch an, wie oft es dazu kam und beschreiben Sie die Beschwerden evtl. genauer.

Kopfschmerzen?		Nein <input type="checkbox"/>
Beschwerden	Ja	Wie oft? Ggf. genauere Beschreibung
einseitige Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/>	
- mit Übelkeit o. Sehstörungen?	<input type="checkbox"/>	
Beidseitige Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/>	
andere Beschwerden am Kopf	<input type="checkbox"/>	
Augenbeschwerden?		Nein <input type="checkbox"/>
Beschwerden	Ja	Wie oft? Ggf. genauere Beschreibung
Sehen Sie Doppelbilder?	<input type="checkbox"/>	
Bekommen Sie Schmerzen nach längerem Lesen oder Schreiben?	<input type="checkbox"/>	
andere Beschwerden an den Augen?	<input type="checkbox"/>	
Hals-, Nasen-, Ohrenbeschwerden?		Nein <input type="checkbox"/>
Beschwerden	Ja	Wie oft? Ggf. genauere Beschreibung
Hören Sie ein anhaltendes Rauschen oder Klingeln?	<input type="checkbox"/>	
Häufiges Nasenbluten	<input type="checkbox"/>	
andere Beschwerden	<input type="checkbox"/>	
Beschwerden an Mund, Zähnen, Rachen?		Nein <input type="checkbox"/>
Beschwerden	Ja	Wie oft? Ggf. genauere Beschreibung
Zahnschmerzen	<input type="checkbox"/>	
Zahnfleischentzündungen	<input type="checkbox"/>	
Geschmacksstörung	<input type="checkbox"/>	
Kloßgefühl im Hals	<input type="checkbox"/>	
andere Beschwerden	<input type="checkbox"/>	

Ärztlicher Fragebogen zum radprax Vital-Check

Magen-Darm-Beschwerden?		Nein <input type="checkbox"/>
Beschwerden	Ja	Wie oft? Ggf. genauere Beschreibung
Schluckstörungen	<input type="checkbox"/>	
Sodbrennen, saures Aufstoßen	<input type="checkbox"/>	
Magendrücken, -brennen	<input type="checkbox"/>	
Bauchschmerzen	<input type="checkbox"/>	
häufige Blähungen	<input type="checkbox"/>	
Neigung zu Verstopfung	<input type="checkbox"/>	
Neigung zu Durchfall	<input type="checkbox"/>	
Änderung des Stuhlgangs in letzter Zeit (Farbe, Konsistenz)	<input type="checkbox"/>	
Blut im Stuhl oder aufgelagert	<input type="checkbox"/>	
schwarzer Stuhl („wie Teer“)	<input type="checkbox"/>	
Juckreiz am After	<input type="checkbox"/>	
andere Beschwerden	<input type="checkbox"/>	
Beschwerden im Brustkorb?		Nein <input type="checkbox"/>
Beschwerden	Ja	Wie oft? Ggf. genauere Beschreibung
Starke Atemnot in Ruhe	<input type="checkbox"/>	
Starke Atemnot bei Anstrengung	<input type="checkbox"/>	
Plötzliches Herzrasen in Ruhe	<input type="checkbox"/>	
Herzstolpern	<input type="checkbox"/>	
Engegefühl oder Schmerzen in der Brust	<input type="checkbox"/>	
- in Ruhe	<input type="checkbox"/>	
- bei Anstrengung	<input type="checkbox"/>	
chronischer Husten	<input type="checkbox"/>	
- mit Auswurf	<input type="checkbox"/>	
Hustenanfälle	<input type="checkbox"/>	
Atemnotanfälle	<input type="checkbox"/>	
andere Beschwerden	<input type="checkbox"/>	

Ärztlicher Fragebogen zum radprax Vital-Check

Beschwerden der Harn- Geschlechtsorgane?		Nein <input type="checkbox"/>
Beschwerden	Ja	Wie oft? Ggf. genauere Beschreibung
Brennen oder Schmerzen beim Wasserlassen	<input type="checkbox"/>	
nächtliches Wasserlassen	<input type="checkbox"/>	
häufiges Wasserlassen	<input type="checkbox"/>	
verfärbter Urin	<input type="checkbox"/>	
andere Beschwerden	<input type="checkbox"/>	
Fragen für Männer:		Nein <input type="checkbox"/>
Ist der Urinstrahl dünn oder schwach geworden?	<input type="checkbox"/>	
Haben Sie das Gefühl, die Blase nicht vollständig entleeren zu können?	<input type="checkbox"/>	
Hat die Potenz nachgelassen?	<input type="checkbox"/>	
andere Beschwerden	<input type="checkbox"/>	
Fragen für Frauen:		Nein <input type="checkbox"/>
Unterleibsschmerzen	<input type="checkbox"/>	
starke Regelblutung	<input type="checkbox"/>	
veränderte Regelblutung gegenüber früher	<input type="checkbox"/>	
neu aufgetretene Blutungen nach dem Ende der Wechseljahre	<input type="checkbox"/>	
Knoten in der Brust	<input type="checkbox"/>	
Veränderungen der Brüste	<input type="checkbox"/>	
Veränderungen der Brüste	<input type="checkbox"/>	
Ihre letzte frauenärztliche Vorsorgeuntersuchung war	/	Monat / Jahr

Ärztlicher Fragebogen zum radprax Vital-Check

Beschwerden des Nervensystems?		Nein <input type="checkbox"/>
Beschwerden	Ja	Wie oft? Ggf. genauere Beschreibung
Ohnmachtsanfälle	<input type="checkbox"/>	
Schwindelanfälle	<input type="checkbox"/>	
Krampfanfälle (Epilepsie)	<input type="checkbox"/>	
Lähmungserscheinungen	<input type="checkbox"/>	
Gefühlsstörungen	<input type="checkbox"/>	
Gedächtnisstörungen	<input type="checkbox"/>	
Stimmungsschwankungen ohne erkennbaren Anlass	<input type="checkbox"/>	
Depressive Stimmungslage	<input type="checkbox"/>	
Schlafstörungen	<input type="checkbox"/>	
- Einschlafen fällt schwer	<input type="checkbox"/>	
- häufiges Aufwachen	<input type="checkbox"/>	
starkes Schnarchen	<input type="checkbox"/>	
- mit Atempausen ?	<input type="checkbox"/>	
Tagesmüdigkeit	<input type="checkbox"/>	
andere Beschwerden	<input type="checkbox"/>	
Beschwerden des Bewegungsapparates?		Nein <input type="checkbox"/>
Beschwerden	Ja	Wie oft? Ggf. genauere Beschreibung
Halswirbelsäule	<input type="checkbox"/>	
Brustwirbelsäule	<input type="checkbox"/>	
Lendenwirbelsäule	<input type="checkbox"/>	
nächtliche Rückenschmerzen	<input type="checkbox"/>	
Gelenkbeschwerden	<input type="checkbox"/>	
- große Gelenke (z.B. Knie)	<input type="checkbox"/>	
- kleine Gelenke (z.B. Finger)	<input type="checkbox"/>	
Muskelschmerzen /-krämpfe	<input type="checkbox"/>	
Schwellungen (Ödeme) an den Beinen	<input type="checkbox"/>	
Krampfadern	<input type="checkbox"/>	
andere Beschwerden	<input type="checkbox"/>	

Ärztlicher Fragebogen zum radprax Vital-Check

Allgemeine Fragen		
Beschwerden	Ja	Wie oft? Ggf. genauere Beschreibung
Knoten in der Haut	<input type="checkbox"/>	
Warzen oder Leberflecke, die in letzter Zeit gewachsen sind	<input type="checkbox"/>	
Lymphknotenschwellungen	<input type="checkbox"/>	
Appetitverlust	<input type="checkbox"/>	
starker Durst	<input type="checkbox"/>	
Gewichtsverlauf seit 18. Lj.	<input type="checkbox"/>	konstant kontinuierlich ↑ schwankend
Gewichtsänderung in den letzten drei Monaten	<input type="checkbox"/>	kg ↑ kg ↓ beabsichtigt? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
starkes nächtliches Schwitzen	<input type="checkbox"/>	
Hatten Sie mehr als drei grippale Infekte im letzten Jahr?	<input type="checkbox"/>	
andere Auffälligkeiten	<input type="checkbox"/>	

V. Nehmen Sie Medikamente ein?

Nein

Medikament	Dosis	Anzahl pro Tag / Aufteilung

Ärztlicher Fragebogen zum radprax Vital-Check

VI. Impfstatus

Bitte bringen Sie Ihren Impfpass mit!

Sind Sie geimpft gegen...	Datum der letzten Impfung
Diphtherie	
Tetanus	
Poliomyelitis	
Hepatitis A (Reiseprophylaxe)	
Hepatitis B (Reiseprophylaxe)	
FSME (optional)	

VII. Rauchen

Rauchen Sie zurzeit?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Wenn ja was?	wie viel Stück pro Tag	seit wann?
Zigaretten		Seit ca. Jahren
Zigarillos		Seit ca. Jahren
Zigarren		Seit ca. Jahren
Pfeife		Seit ca. Jahren
Haben Sie früher geraucht?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Wenn ja:	von ... bis ...	
Wenn ja was?	wie viel Stück pro Tag	seit wann?
Zigaretten		Seit ca. Jahren
Zigarillos		Seit ca. Jahren
Zigarren		Seit ca. Jahren
Pfeife		Seit ca. Jahren
Sind Sie häufiger Passivrauchen ausgesetzt?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>

Ärztlicher Fragebogen zum radprax Vital-Check

VIII. Ernährungsgewohnheiten II

Ich esse bzw. trinke:	Nie	1 x pro Monat oder weniger	2-3 x pro Monat	1 x pro Woche	2-3 x pro Woche	4-6 x pro Woche	1 x pro Tag	2 x pro Tag	3-4 x pro Tag	5 x pro Tag oder häufiger
1 Scheibe Weißbrot, Mischbrot, Graubrot o. 1 Brötchen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1 Scheibe Vollkornbrot oder 1 Vollkornbrötchen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1 Portion Kartoffeln, Bratkartoffeln oder Kartoffelbrei	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1 Portion Pommes frites	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1 Portion italienische Pasta oder Nudeln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1 Portion Reis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1 Portion Vollkorn-Müsli oder Vollkornhaferflocken etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1 Portion Frühstückscerealien (Cornflakes o.ä.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1 Stück Kuchen oder süßes Gebäck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1 Portion Süßigkeiten als Zwischenmahlzeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1 Portion fetter Käse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1 Portion fettarmer Käse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1 Glas Milch oder Buttermilch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1 Joghurt natur (150 g)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1 Joghurt gesüßt (250 g)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1 Portion Wurst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1 Portion Fleisch (Schwein, Rind, Lamm)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1 Portion Geflügel (Pute, Hähnchen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1 Portion Fisch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ärztlicher Fragebogen zum radprax Vital-Check

VIII. Ernährungsgewohnheiten II

Ich esse bzw. trinke:	Nie	1 x pro Monat oder weniger	2-3 x pro Monat	1 x pro Woche	2-3 x pro Woche	4-6 x pro Woche	1 x pro Tag	2 x pro Tag	3-4 x pro Tag	5 x pro Tag oder häufiger
1 Portion gekochtes Gemüse im Sommer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1 Portion gekochtes Gemüse im Winter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1 Portion rohes Gemüse oder Salat im Sommer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1 Portion rohes Gemüse oder Salat im Winter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1 Portion bzw. 1 Stück frisches Obst im Sommer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1 Portion bzw. 1 Stück frisches Obst im Winter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1 Glas Orangensaft oder Fruchtsaft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1 Flasche 0,5l Coca-Cola (o.a. Süßgetränk)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1 Tasse Tee	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1 Tasse Kaffee	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Eine Portion Obst, Gemüse oder Salat = z.B. 1 großer Apfel o. 1 Banane o. 1 Beilagensalat o. 1 Gemüsebeilage o. 2 Tomaten.
 Ein großer gem. Salat = 2 Portionen.

Ärztlicher Fragebogen zum radprax Vital-Check

IX. Genuss alkoholischer Getränke

Getränk	Menge pro Anlass				Nie	1 x pro Monat oder weniger	2-3 x pro Monat	1 x pro Woche	2-3 x pro Woche	4-6 x pro Woche	1 x pro Tag	2 x pro Tag	3-4 x pro Tag	5 x pro Tag oder häufiger
	1/2	1	2	3										
Bier Flasche 0,5l	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Weißwein Glas 0,25 l	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rotwein Glas 0,25 l	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sekt Glas 0,1 l	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spirituosen Glas 2 cl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

X. Körperliche Aktivität und Sport

Bitte geben Sie möglichst genau an, wie oft (z.B. 1x pro Monat, wöchentlich, 3 x pro Woche, täglich), wie lange pro Anlass (z.B. 1 h Spaziergehen, 2 h Radfahren) und wie intensiv (z.B. „gemütlich“, „flott“, „schnell“ oder z.B. Geschwindigkeit in km/h beim Laufen, Walking oder Radfahren) Sie die einzelnen Aktivitäten ausüben.

Aktivität	Ja	Nein	Wie oft?	Dauer [h/min]?	Wie intensiv?	Im Sommer	Im Winter
Spaziergehen, Fußweg zur Arbeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Treppensteigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			Anzahl der Stockwerke _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gartenarbeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Walking	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Joggen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bergwandern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Radfahren zur Arbeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Radwandern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Radsport Straße	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mountainbike	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ärztlicher Fragebogen zum radprax Vital-Check

X. Körperliche Aktivität und Sport

Aktivität	Ja	Nein	Wie oft?	Dauer [h/min]?	Wie intensiv?	Im Sommer	Im Winter
Heimtrainer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwimmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ski-Alpin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ski-Langlauf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tennis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			Einzel? Doppel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Golf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			zu Fuß?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fußball	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere Ballsportart: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krafttraining	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(Morgen-)Gymnastik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aerobic / Fitness	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tanzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere Aktivitäten:							
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Haben Sie früher Leistungssport getrieben? Wenn ja, welche Sportart und wie lange?

Ärztlicher Fragebogen zum radprax Vital-Check

XI. Stressbewältigung

Der folgende Test hilft Ihnen herauszufinden, wie es in Ihrem Leben um die Balance von belastendem Stress und stärkenden Ressourcen bestellt ist. Zu erkennen, wo die Belastung herkommt, ist oft der erste Schritt heraus zu mehr Kompetenz bei der Bewältigung der täglichen Anforderungen. Ist Zeitdruck das größte Problem? Oder die Vielzahl der Aufgaben? Oder die mangelnde Unterstützung?

Zum Ausfüllen des Testes:

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen spontan, indem Sie die passende Zahl eintragen, ohne lange über eine bestmögliche Antwort nachzudenken. Bitte achten Sie auf die unterschiedlichen Untertexte. **Bitte, beachten Sie, dass die Richtung der Antworten von Fragenkomplex zu Fragenkomplex unterschiedlich sein kann.**

Die Fragen zu „Arbeit“ oder „Haupttätigkeit“ beziehen sich jeweils auf das, womit Sie die meiste Zeit verbringen – sei es Erwerbsarbeit, Hausarbeit, Studium, Ehrenamt oder Arbeitssuche. Falls ein Fragenkomplex grundsätzlich nicht zu Ihrer Situation passt, lassen Sie ihn einfach aus. Er fehlt dann in der Endauswertung. Die Aussagekraft der anderen Bereiche wird dadurch nicht beeinträchtigt.

1. Anforderung

Wenn Sie an Ihre derzeitige Haupttätigkeit denken: wie häufig treffen folgende Aussagen darauf zu?

Ich arbeite oft unter Zeitdruck.	
Ich habe viele Aufgaben zugleich zu bewältigen.	
Die Termine sind oft kaum zu schaffen.	
Punktbewertung: Trifft voll und ganz zu = 1 Punkt; Trifft etwas zu = 2 Punkte; Teilweise = 3 Punkte; Trifft eher nicht zu = 4 Punkte; Trifft überhaupt nicht zu = 5 Punkte.	

1. Organisationale Unterstützung

Inwieweit treffen folgende Aussagen zu der Unterstützung durch Ihr Unternehmen zu, in dem Sie Ihrer Arbeit oder Haupttätigkeit nachgehen?

Ich arbeite oft unter Zeitdruck.	
Ich habe viele Aufgaben zugleich zu bewältigen.	
Die Termine sind oft kaum zu schaffen.	
Punktbewertung: Trifft voll und ganz zu = 1 Punkt; Trifft etwas zu = 2 Punkte; Teilweise = 3 Punkte; Trifft eher nicht zu = 4 Punkte; Trifft überhaupt nicht zu = 5 Punkte.	

Ärztlicher Fragebogen zum radprax Vital-Check

2. Organisationale Unterstützung

Inwieweit treffen folgende Aussagen zu der Unterstützung durch Ihr Unternehmen zu, in dem Sie Ihrer Arbeit oder Haupttätigkeit nachgehen?

Der Betrieb wertschätzt den Beitrag, den ich zu dessen Wohl leiste.	
Der Betrieb würde Beschwerden von mir nicht ignorieren.	
Dem Betrieb liegt mein Wohlergehen am Herzen.	
Der Betrieb sorgt sich um meine Zufriedenheit bei der Arbeit.	
Der Betrieb schenkt mir Beachtung.	
Der Betrieb ist stolz auf das, was ich bei der Arbeit erreiche.	
Punktbewertung: Trifft überhaupt nicht zu = 1 Punkt; Trifft eher nicht zu = 2 Punkte; Teilweise = 3 Punkte; Trifft etwas zu = 4 Punkte; Trifft voll und ganz zu = 5 Punkte.	

3. Handlungs-Spielraum

Wie häufig treffen folgende Aussagen auf Ihre Haupttätigkeit zu?

Ich kann bei meiner Tätigkeit viele eigene Entscheidungen treffen.	
Ich kann generell mitbestimmen, welche Aufgaben ich erledige.	
Ich kann in den meisten Fällen entscheiden, wann ich bestimmte Aufgaben erledige.	
Punktbewertung: Trifft überhaupt nicht zu = 1 Punkt; Trifft eher nicht zu = 2 Punkte; Teilweise = 3 Punkte; Trifft etwas zu = 4 Punkte; Trifft voll und ganz zu = 5 Punkte.	

4. Belastung

Wenn Sie sich an den Zeitraum der letzten 4 Wochen erinnern, wie oft hatten Sie in diesem Zeitraum die folgenden Gefühle:

Die Dinge entwickeln sich nicht so, wie ich es wollte.	
Die Schwierigkeiten wachsen mir über den Kopf.	
Ich habe wichtige Dinge in meinem Leben nicht mehr im Griff.	
Ich fühle mich oft niederschlagen und traurig.	
Punktbewertung: Trifft voll und ganz zu = 1 Punkt; Trifft etwas zu = 2 Punkte; Teilweise = 3 Punkte; Trifft eher nicht zu = 4 Punkte; Trifft überhaupt nicht zu = 5 Punkte.	

Ärztlicher Fragebogen zum radprax Vital-Check

5. Berufliche Selbstwirksamkeit

Wie weit treffen die folgenden Aussagen auf Sie zu:

Beruflichen Schwierigkeiten sehe ich gelassen entgegen, weil ich mich immer auf meine Fähigkeiten verlassen kann.	
Wenn ich bei der Arbeit mit einem Problem konfrontiert werde, habe ich meist mehrere Ideen, wie ich damit fertig werde.	
Was auch immer in meinem Berufsleben passiert, ich werde schon klarkommen.	
Durch meine vergangenen beruflichen Erfahrungen bin ich gut auf meine berufliche Zukunft vorbereitet.	
Ich erreiche die beruflichen Ziele, die ich mir setze.	
Ich fühle mich den meisten beruflichen Anforderungen gewachsen.	
Punktbewertung: Trifft überhaupt nicht zu = 1 Punkt; Trifft eher nicht zu = 2 Punkte; Teilweise = 3 Punkte; Trifft etwas zu = 4 Punkte; Trifft voll und ganz zu = 5 Punkte.	

6. Work-Life-Balance

Wenn Sie an Ihre Haupt-Tätigkeit im vergangenen Jahr denken: wie sehr stimmen Sie folgenden Aussagen zu?

Ich habe mit meiner Arbeit so viel zu tun, dass ich meine persönlichen Interessen nicht mehr wahrnehmen kann.	
Diejenigen, die mir am nächsten stehen, finden, die Arbeit spiele in meinem Leben eine zu große Rolle.	
Meine Arbeit macht es mir schwer, der Partner/die Partnerin oder der Vater/die Mutter zu sein, der/die ich gerne wäre.	
Punktbewertung: Trifft voll und ganz zu = 1 Punkt; Trifft etwas zu = 2 Punkte; Teilweise = 3 Punkte; Trifft eher nicht zu = 4 Punkte; Trifft überhaupt nicht zu = 5 Punkte.	

Ärztlicher Fragebogen zum radprax Vital-Check

7. Erschöpfung

Wie ging es Ihnen insgesamt in den letzten 4 Wochen?

Ich habe das Interesse an meiner Arbeit verloren.	
Ich handle manchmal, so als wäre ich eine Maschine. Ich bin mir selbst fremd.	
Wenn ich morgens aufstehe und an meine Arbeit denke, bin ich gleich wieder müde.	
Ich fühle mich machtlos, meine Arbeitssituation zu verändern.	
Durch meine Arbeit bin ich emotional ausgehöhlt.	
Ich fühle mich frustriert in meiner Arbeit.	
Punktbewertung: Trifft voll und ganz zu = 1 Punkt; Trifft etwas zu = 2 Punkte; Teilweise = 3 Punkte; Trifft eher nicht zu = 4 Punkte; Trifft überhaupt nicht zu = 5 Punkte.	

8. Coping / Stressbewältigung

Bitte schätzen Sie ein, wie Sie mit Stressbelastungen umgehen:

Habe ich ein Ziel erreicht, dann suche ich mir eine größere Herausforderung.	
Mir kommt es immer darauf an, etwas zu bewirken.	
Ich arbeite mich nach oben, auch wenn der Weg oft steinig ist.	
Ich suche mir gern Herausforderungen und gehe dafür auch Wagnisse ein.	
Punktbewertung: Trifft überhaupt nicht zu = 1 Punkt; Trifft eher nicht zu = 2 Punkte; Teilweise = 3 Punkte; Trifft etwas zu = 4 Punkte; Trifft voll und ganz zu = 5 Punkte.	

9. Lebens-Sinn

Inwieweit stimmen Sie den folgenden Aussagen zu?

Die Dinge, die ich im Alltag tue, sind sinnvoll.	
Im Allgemeinen finde ich, dass es schön ist zu leben.	
In Großen und Ganzen bin ich dankbar für die Verhältnisse, in denen ich lebe.	
Punktbewertung: Trifft überhaupt nicht zu = 1 Punkt; Trifft eher nicht zu = 2 Punkte; Teilweise = 3 Punkte; Trifft etwas zu = 4 Punkte; Trifft voll und ganz zu = 5 Punkte.	

Ärztlicher Fragebogen zum radprax Vital-Check

10. Soziale Unterstützung

Wenn Sie an Ihren Partner, Ihre Freunde, Ihre Verwandten oder sonstiges Umfeld denken, inwieweit stimmen Sie dann den folgenden Aussagen zu?

Wenn ich traurig bin, gibt es Menschen, die mich aufmuntern.	
Wenn ich Trost und Zuspruch brauche, ist jemand für mich da.	
Ich habe Menschen, auf die ich mich immer verlassen kann.	
Wenn ich Sorgen habe, gibt es jemanden, der mir hilft.	
Wenn ich traurig bin, weiß ich, zu wem ich gehen kann.	
Ich habe Menschen, die Freud und Leid mit mir teilen.	
Punktbewertung: Trifft überhaupt nicht zu = 1 Punkt; Trifft eher nicht zu = 2 Punkte; Teilweise = 3 Punkte; Trifft etwas zu = 4 Punkte; Trifft voll und ganz zu = 5 Punkte.	

Eigene Anmerkungen:
