

| | | |
|--------------------------------|------------------|---------|
| Krankenkasse bzw. Kostenträger | | |
| Name, Vorname des Versicherten | | |
| | | geb. am |
| Kassen-Nr. | Versicherten-Nr. | Status |
| Betriebsstätten-Nr. | Arzt-Nr. | Datum |



AOK-Check 18+
Fragebogen (18-34 Jahre)

Liebe Patientin, lieber Patient,
als Vorbereitung auf die geplante Vorsorgeuntersuchung möchten wir Sie bitten, diesen Fragebogen bereits vor dem Beratungsgespräch auszufüllen. Mit diesem Fragebogen können wir noch gezielter auf häufige Erkrankungen oder Probleme Ihrer Altersgruppe eingehen. Sie können uns helfen zu erkennen, „wo der Schuh drückt“ – natürlich nur, wenn Sie darüber sprechen wollen. Bitte bringen Sie Ihren Impfausweis zu diesem Gespräch mit.

| Wenn eine der folgenden Fragen auf Sie zutrifft – und wenn Sie darüber sprechen wollen, dann kreuzen Sie einfach ein „JA“ an. | JA |
|--|----|
| 1. Sind in Ihrer Familie enge Verwandte (Eltern, Geschwister) an einem Herzinfarkt, an Diabetes oder an Bluthochdruck erkrankt? | |
| 2. Stimmt für Sie der Satz: Ich bewege mich täglich weniger als ½ Stunde (z.B. Spazieren, Sport, Radfahren, Tanzen)? | |
| 3. Rauchen Sie? | |
| 4. Sind Sie mit ihrem Körpergewicht unzufrieden? | |
| 5. Haben Sie Probleme mit dem Zahnfleisch oder Mundgeruch? | |
| 6. Für viele leichtere Erkrankungen braucht man nicht unbedingt einen Arzt. Möchten Sie Beratung zum Umgang mit grippalen Infekten, Magen-Darm-Problemen oder Rückenschmerzen? | |
| 7. Nehmen Sie regelmäßig frei verkäufliche Medikamente ein oder solche, die andere Ärzte oder Heilpraktiker Ihnen verschrieben haben (auch die Pille)? | |
| 8. Ist bei Ihnen eine Allergie bekannt? | |
| 9. Haben Sie sich schon mal gesagt, Sie sollten weniger Alkohol trinken? | |
| 10. Haben Sie das Gefühl, sich zu lange am Computer oder im Internet aufzuhalten? Oder haben Sie das Gefühl, dass Glücksspiel ein Problem für Sie ist? | |
| 11. Fehlen Ihnen Menschen, denen Sie vertrauen und auf deren Hilfe Sie zählen können? | |
| 12. Sind Sie arbeitslos oder mit Ihrer Arbeit unzufrieden? | |
| 13. Haben sie ernsthafte finanzielle Sorgen? | |
| 14. Wenn Sie oder Ihre Eltern in einem anderen Land geboren sind: fühlen Sie sich deshalb benachteiligt? | |
| 15. Haben Sie ernsthafte Probleme mit Ihrer Lebenssituation, mit Ihrem Lebenspartner oder mit Ihren Kindern? | |
| 16. Gibt es Angelegenheiten der Familienplanung/ Sexualität, über die Sie mit uns sprechen möchten? | |
| 17. Haben Sie sich im letzten Monat häufig niedergeschlagen, traurig, bedrückt oder hoffnungslos gefühlt? | |
| 18. Hatten Sie im letzten Monat deutlich weniger Lust und Freude an Dingen, die Sie sonst gerne tun? | |
| 19. Für Frauen: haben Sie noch nie oder lange nicht mehr an einer Krebsvorsorge-Untersuchung am Gebärmutterhals teilgenommen? | |
| 20. Für Frauen: haben Sie Beschwerden mit Ihrer Regelblutung? | |

Gibt es noch ein weiteres Problem, das Sie ansprechen wollen?