

## FRAGEBOGEN ZUR PERSÖNLICHEN LEBENSITUATION

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,  
um uns ein umfassendes Bild über Ihre Erkrankung machen zu können und die optimale Behandlung für Sie zu finden, benötigen wir einige Angaben von Ihnen. Bitte füllen Sie den nachstehenden Fragebogen in Ruhe aus. Er liefert uns wichtige Informationen, die in unserem anschließenden Gespräch ergänzt und vertieft werden können. Selbstverständlich sind alle Angaben vertraulich und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

### Angaben zur Person

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

geb. am: \_\_\_\_\_

### Welche körperlichen und psychischen Belastungen haben Sie zurzeit?

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Atemnot                                    | <input type="checkbox"/> Unruhe                              |
| <input type="checkbox"/> Herzrasen                                  | <input type="checkbox"/> Angst                               |
| <input type="checkbox"/> Schmerzen                                  | <input type="checkbox"/> Schlafstörungen                     |
| <input type="checkbox"/> Kribbeln/Taubheitsgefühl                   | <input type="checkbox"/> Konzentrationsstörungen             |
| <input type="checkbox"/> Verdauungsstörungen                        | <input type="checkbox"/> Appetitlosigkeit/Übelkeit           |
| <input type="checkbox"/> verminderte körperliche Leistungsfähigkeit | <input type="checkbox"/> Gewichtsverlust; wenn ja, wie viel? |

### Gibt es soziale Probleme, die Sie zurzeit beschäftigen?

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> berufliche Belastung              | <input type="checkbox"/> fehlender Kontakt zu Mitmenschen                               |
| <input type="checkbox"/> Stress                            | <input type="checkbox"/> familiäre Sorgen oder Schwierigkeiten                          |
| <input type="checkbox"/> unzureichende Wohnbedingungen     | <input type="checkbox"/> keine Möglichkeit zur Teilnahme an kulturellen Veranstaltungen |
| <input type="checkbox"/> Probleme bei der Haushaltsführung |   |
| <input type="checkbox"/> finanzielle Probleme              |   |

### Wer kümmert sich um Sie, wenn Sie Hilfe benötigen?

\_\_\_\_\_ Tel.-Nr.: \_\_\_\_\_

### Ist, wenn nötig, eine Hilfe für den Haushalt vorhanden?

nein  ja Wenn ja, durch wen? \_\_\_\_\_

### Haben Sie pflegebedürftige Angehörige, um die Sie sich kümmern?

nein  ja Wenn ja, durch wen? \_\_\_\_\_

### Haben Sie einen Schwerbehindertenausweis?

nein  ja Grad der Behinderung? \_\_\_\_\_ % Zusätze \_\_\_\_\_

### Haben Sie eine Pflegestufe?

nein  ja; wenn ja, welche (1, 2 oder 3)? \_\_\_\_\_

### Haben Sie den Wunsch nach einer Sozialberatung?

nein  ja

### Haben Sie den Wunsch nach einer Ernährungsberatung?

nein  ja

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift des Patienten \_\_\_\_\_

**Vielen Dank für Ihre Mithilfe!**