

Worüber möchte ich mit Dr. Fuchs sprechen?

(Bitte notieren Sie das für Sie wichtigste Anliegen zuerst)

Welche Gedanken oder Ideen habe ich selbst dazu, zum Beispiel zu den Ursachen, möglichen Behandlungsmethoden?

	Ja	Nein
Was soll Dr.Fuchs tun? (Bitte ankreuzen)		
- Untersuchung durchführen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Ursachen / Krankheiten erklären	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Medikamente verordnen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Ratschläge geben, was ich selbst tun kann	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Sonstiges (Bitte eintragen:)		

Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand im Allgemeinen beschreiben:

Ausgezeichnet	Sehr gut	Gut	Mäßig	Schlecht
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

In den vergangenen 2 Wochen: Wie sehr haben Ihr körperliches Befinden oder seelische Probleme Ihr normales Leben beeinträchtigt?

Gar nicht	Ein wenig	Mäßig	Ziemlich stark	Äußerst stark
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wie einsam fühlen Sie sich?

Gar nicht	Ein wenig	Mäßig	Ziemlich stark	Äußerst stark
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
