

Fragebogen zum Check-Up / Gesundheitsuntersuchung

Schön, dass Ihnen Ihre Gesundheit etwas wert ist und Sie sich vorsorglich untersuchen lassen, bevor Krankheiten entstehen bzw. sich bemerkbar machen! Unsere Vorsorgeuntersuchung besteht aus zwei Teilen:

1. Laboruntersuchung (Blut und Urin). Falls Sie neben der Standard-Laboruntersuchung auf Blutzucker und Cholesterin weitere Untersuchungen wünschen, sprechen Sie dieses bitte vor der Blutentnahme mit uns ab. Wir informieren Sie hierzu gerne.
2. Frühestens 2 Tage später erfolgt dann die körperliche Untersuchung und es werden alle Ergebnisse besprochen. Bitte bringen Sie diesem Termin auch Ihren **Impfpass** mit.

Bitte sprechen Sie für beide Teile der Untersuchung jeweils einen Termin mit uns ab.

Informationen zu Ihrer Person

Vorname _____

Nachname _____

Titel _____

Adresse _____

PLZ _____

Stadt _____

Bundesland _____

Telefon privat _____

Telefon dienstlich _____

Versichert bei _____

Geschlecht M F

Geburtsdatum _____

Familienstand verheiratet geschieden Single verwitwet

E-Mail-Adresse _____

(damit wir Sie in dringenden Situationen, oder Zeiten wie diesen, schnellst möglich Informationen zukommen lassen können)

Informationen zu Vorerkrankung/Diagnosen

Diagnosen/Erkrankungen	Ja	Nein	Details
Brustschmerz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Luftnot	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Blutfette/Cholesterinerhöhung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Herzinfarkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Herzmuskelschwäche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Herzrhythmusstörung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Schwindel/Neigung zu Bewusstlosigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Herzvergrößerung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Andere Gefäßerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Unterschenkel-/Fußschwellungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Abnorme Müdigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Magen-Darm-/Stuhlprobleme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Gallensteine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Nierenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Lebererkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Orthopädische Probleme/Wirbelsäulenleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Husten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Allergien (z.B. Jod, Antibiotika, Aspirin, Heuschnupfen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Schilddrüsenprobleme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Blasenschwäche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Bluterkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Gelenkschmerzen (Hand, Schulter, Arm, Hüfte, Knie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Chronische Schmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Andere Beschwerden :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Fragen an männliche Patienten			
Prostatavergrößerung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Harnsteinleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Impotenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Fragen an weibliche Patienten			
Bestehende Schwangerschaft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Fehlgeburten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Regelmäßiger Zyklus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Intrauterinpeessar (IUP)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Informationen zu Ihrer Lebensweise

	Ja	Nein
Haben Sie jemals geraucht?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Wenn ja, wieviele Packungen pro Tag über wieviele Jahre?.....		
Rauchen Sie heute noch?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<hr/>		
Treiben Sie Sport?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Wie oft pro Woche?.....		
<hr/>		
Trinken Sie Alkohol?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Wieviel g/Tag? (1 Glas Wein = 20g, 1 Liter Bier = 40g)		
<hr/>		
Haben Sie jemals Drogen konsumiert?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Wenn ja, welche :		
Konsumieren Sie heute noch?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Wurde bei Ihnen bereits eine **Krebsvorsorge** durchgeführt?

- Ja Nein Wenn ja, wann zuletzt? (Unten eingetragen!)
- Gynäkologie _____
 - Urologie _____
 - Magen-/Darmspiegelung _____
 - Hautkrebsscreening _____

Aktuelle Medikamente

Medikament (mg)	Morgens	Mittags	Abends	Zur Nacht	Bei Bedarf

Unverträglichkeit / Allergien gegen Medikamente? Ja, gegen _____

Informationen zu früheren Operation/Krankenhausaufenthalt

Operation/Krankenhaus-Aufenthalt	Grund	Datum

Verwandte	Herzkrank	Hoher Blutdruck	Herzinfarkt	Diabetes	Schlaganfall	Krebserkrankung	Todesursache	Todesalter
Mutter	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
<input checked="" type="checkbox"/> er	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>						
Bruder								
Bruder								
Schwester								
Schwester								
Großmutter mütterl.								
Großvater mütterl.								
Großmutter väterl.								
Großvater väterl.								

Bitte Kreuzen Sie die entsprechenden Felder an bzw. ergänzen Sie Angaben.

Ich möchte in 3 Jahren wieder an meine Vorsorgeuntersuchung erinnert werden