



Fragebogen zur Gesundheitsuntersuchung

- bitte ausgefüllt zum 1. Termin für die Blutentnahme mitbringen -

Name: _____ Vorname _____ Geb.Datum _____

Sind folgende Erkrankungen bei Ihnen oder in Ihrer Familie (Geschwister, Eltern, Onkel, Tante, Oma, Opa) bekannt? Bitte füllen Sie aus.

-sollte der Platz nicht ausreichen, nehmen sie bitte ein separates Blatt-

	Bei Ihnen:	In Ihrer Familie:
Rücken/Gelenkerkrankungen:	<input type="checkbox"/> welche? _____	<input type="checkbox"/> welche? _____
Herz-Kreislaufferkrankungen:	<input type="checkbox"/> welche? _____	<input type="checkbox"/> welche? _____
Schlaganfall:	<input type="checkbox"/> wann? _____	<input type="checkbox"/>
Neurologische Erkrankungen:	<input type="checkbox"/> welche? _____	<input type="checkbox"/> welche? _____
Hypertonie:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Durchblutungsstörungen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fettstoffwechselstörung:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nierenkrankheiten:	<input type="checkbox"/> welche? _____	<input type="checkbox"/> welche? _____
Diabetes mellitus:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lungenkrankheiten:	<input type="checkbox"/> welche? _____	<input type="checkbox"/> welche? _____
Schilddrüsenerkrankungen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krebserkrankungen:	<input type="checkbox"/> welche? _____	<input type="checkbox"/> welche? _____
Magen-Darm-Erkrankungen:	<input type="checkbox"/> welche? _____	<input type="checkbox"/> welche? _____
Hauterkrankungen:	<input type="checkbox"/> welche? _____	<input type="checkbox"/> welche? _____
Augenkrankheiten:	<input type="checkbox"/> welche? _____	<input type="checkbox"/> welche? _____
Allergien:	<input type="checkbox"/> welche? _____	<input type="checkbox"/> welche? _____
Sonstige: (z. B. Operationen)	<input type="checkbox"/> welche? _____	<input type="checkbox"/> welche? _____

Ihre Größe: _____ cm Ihr Gewicht: _____ kg

Bestehen persönliche Risikofaktoren? Bitte kreuzen Sie an.

Nikotin: Ja Anzahl der Zigaretten pro Tag: _____ Nein

Alkohol: ja regelmäßig (z.B. tägl. 1 Bier) unregelmäßig Nein

Bewegen Sie sich mind. 1 Stunde pro Woche bewusst? Ja Nein

Bitte Rückseite beachten!

Wurde bei Ihnen bereits eine **Gesundheitsuntersuchung** durchgeführt? Ja Nein

Wenn ja: wann und wo zuletzt? _____

Wurde bei Ihnen bereits ein **Hautkrebs Screening** durchgeführt? Ja Nein

Wenn ja: wann und wo zuletzt? _____

Ist ein erneutes Hautkrebs Screenings beim Check-up gewünscht? Ja Nein

Wurde bei Ihnen bereits eine **Darmspiegelung** durchgeführt? Ja Nein

Wenn ja: wann und wo zuletzt? _____

Wurde bei Ihnen bereits eine **Krebsvorsorgeuntersuchung** durchgeführt? Ja Nein

Wenn ja: wann und wo zuletzt? _____

Männliche Patienten: Ist eine Krebsvorsorge beim Check-up gewünscht? Ja Nein

Wurde bei Ihnen bereits eine **Laboruntersuchung auf Hepatitis B und C** durchgeführt? Ja Nein

Sind Sie gegen Hepatitis B geimpft? Ja Nein

Welche Medikamente in welcher Stärke und Dosierung nehmen Sie regelmäßig ein:

Weibliche Patienten:

Wurde bei Ihnen bereits ein Mammographie Screening durchgeführt? Ja Nein

Wenn ja: wann und wo zuletzt? _____

Besteht bei Ihnen eine Schwangerschaft? Ja Nein

Datum: _____ Unterschrift Patient(in): _____

Informationen zur Gesundheitsuntersuchung

1. Termin: Blutentnahme

- Bitte den **ausgefüllten Fragebogen** mitbringen
- Zur Kontrolle Ihres Impfstatus bitte Ihren **Impfausweis** mitbringen!
- Kommen Sie **nüchtern** zu uns in die Praxis, d.h. 6-8 Stunden vor dem Termin nicht mehr essen und keine kalorienhaltigen Getränke trinken. Erlaubt sind z.B. Mineralwasser, Tee und Kaffee ohne Milch, ohne Zucker, Süßstoff ist erlaubt.
- **Dauermedikamente wie gewohnt einnehmen!**
- Bringen Sie eine **Urinprobe** (Morgenurin, Mittelstrahl) in einem sterilen Uringefäß – dieses erhalten Sie bei uns – mit.

2. Termin – Arztgespräch und Untersuchung

- Für den Untersuchungstermin beim Arzt ziehen Sie bitte bequeme Kleidung an.
- Falls ein Ultraschalltermin vereinbart wurde, nehmen Sie vorher bitte nur eine leichte Mahlzeit zu sich!
- Dauermedikamente wie gewohnt einnehmen!

Wichtig: sollten Sie die Termine nicht wahrnehmen können, sagen Sie diese bitte rechtzeitig ab!