

Patienten-Fragebogen

Liebe Patientin, lieber Patient!

Schön, dass Ihnen Ihre Gesundheit etwas wert ist und Sie einen Termin zur Vorsorgeuntersuchung (Check-up35 / Check-up18) vereinbart haben.

Unsere Vorsorgeuntersuchung besteht aus zwei Teilen:

1. Termin: Laboruntersuchungen (Blut, Urin)

Bitte kommen Sie **NÜCHTERN** = 12 Stunden vorher nicht essen, morgens kein Kaffee/Tee/Kaugummi!

2. Termin: körperliche Untersuchung und Besprechung der Ergebnisse

Bitte bringen Sie Ihren **Impfausweis** und diesen **Fragebogen** ausgefüllt mit!

Name

Geburtsdatum

Größe

Gewicht

Sind Sie von einer der folgenden Erkrankungen betroffen?

Bluthochdruck	☐ Nein	☐ Ja, seit _____
Zuckerkrankheit (Diabetes)	☐ Nein	☐ Ja, seit _____
Verengung der Herzkranzgefäße (KHK)	☐ Nein	☐ Ja, seit _____
Herzinfarkt	☐ Nein	☐ Ja, wann? _____
Schlaganfall	☐ Nein	☐ Ja, wann? _____
Lungenerkrankung	☐ Nein	☐ Ja, welche? _____
Krebserkrankung	☐ Nein	☐ Ja, welche / wann? _____
andere chronische Erkrankungen	☐ Nein	☐ Ja, welche? _____

Sind nahe Blutsverwandte (Eltern, Geschwister, Kinder) von einer der folgenden Erkrankungen betroffen?

Herzinfarkt / Schlaganfall vor dem 60. LJ	☐ Nein	☐ Ja, wer? _____
Herzkranzgefäßverengung (KHK)	☐ Nein	☐ Ja, wer? _____
Zuckerkrankheit (Diabetes)	☐ Nein	☐ Ja, wer? _____
Krebserkrankung	☐ Nein	☐ Ja, wer / welche? _____



Lebensstil:

Wie ernähren Sie sich? ☐ Mischkost ☐ Vegetarier ☐ Veganer

Rauchen Sie? ☐ Nein ☐ Ja, _____ Zigaretten/Tag seit _____ Jahren ☐ Nicht mehr seit _____

Trinken Sie Alkohol? ☐ Nein ☐ Gelegentlich ☐ Mehr als 2 ×/Woche ☐ Täglich

Treiben Sie Sport? ☐ Nein ☐ Ja, _____ ×/Woche, welchen? _____

Bestehen bei Ihnen aktuell folgende gesundheitliche Probleme?

ungewollte Gewichtsabnahme ☐ Nein ☐ Ja, wie viel / seit wann? _____

Veränderungen beim Stuhlgang ☐ Nein ☐ Ja, seit wann? _____
(Durchfall, Verstopfung, Blut oder Schleim)

regelmäßig Husten, Auswurf oder Atemnot ☐ Nein ☐ Ja, seit wann? _____

Wurde bei Ihnen bereits eine Krebsvorsorge durchgeführt? Wenn ja, wann zuletzt?

☐ Hautkrebsscreening _____

☐ Darmkrebs-Vorsorge (Coloskopie) _____

☐ Prostatakrebs-Vorsorge _____

☐ Gynäkologische Vorsorge _____

Welche Medikamente nehmen Sie zur Zeit ein?

Medikament	Dosis	morgens	mittags	abends	zur Nacht
1					
2					
3					
4					
5					

Vielen Dank, dass Sie sich für die Beantwortung der Fragen Zeit genommen haben!

Sie wollen noch mehr für Ihre Gesundheit tun? Wir bieten ein breites Angebot sinnvoller Ergänzungen an, die jedoch von den gesetzlichen Krankenkassen leider nicht übernommen werden. Wenn Sie daran Interesse haben, sprechen Sie uns bitte an.

Ihr Team Ärztehaus Schlesienstraße und Praxis Gremmendorfer Weg in Münster