

Fragebogen zu Ihrer Gesundheitsuntersuchung (Check-up-35)

Die Gesundheitsuntersuchung dient dazu, einen Überblick über Ihre individuellen Risikofaktoren für Erkrankungen und Ihrer Lebenssituation zu erhalten. Die Untersuchung dient der Früherkennung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Zuckerkrankheit und Nierenerkrankungen und der Beratung für einen gesunden Lebensstil. Sie erleichtern uns die Arbeit, wenn Sie vorher diesen Bogen ausfüllen.

Name:	Vorname:
--------------	-----------------

1. Bitte geben Sie an, ob es in Ihrer Familie folgende Erkrankungen bei Verwandten 1. Grades (Eltern und/oder Geschwister) gibt beziehungsweise gab:

	Ja	Nein
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/> → bei wem?	<input type="checkbox"/>
Hohe Cholesterinwerte	<input type="checkbox"/> → bei wem?	<input type="checkbox"/>
Diabetes (Zuckerkrankheit)	<input type="checkbox"/> → bei wem?	<input type="checkbox"/>
Chronische Herzkrankheit	<input type="checkbox"/> → bei wem?	<input type="checkbox"/>
Schlaganfall	<input type="checkbox"/> → bei wem?	<input type="checkbox"/>
Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/> → bei wem?	<input type="checkbox"/>
Lungenerkrankung	<input type="checkbox"/> → bei wem?	<input type="checkbox"/>
Sonstige chronische Krankheiten	<input type="checkbox"/> → welche und bei wem?	<input type="checkbox"/>

2. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

Ja → Bitte gleichen Sie den Medikamentenplan, den Sie von uns bekommen haben, mit Ihrer tatsächlichen Medikation ab und bringen Sie den Plan mit. Nein

→ Falls Sie keinen Medikamentenplan von uns bekommen haben, tragen Sie in der folgenden Tabelle bitte die Medikamente ein, die Sie regelmäßig einnehmen.

Name des Medikaments	Stärke (z.B. 200 mg)	Warum nehmen Sie das Medikament ein?	Wie oft nehmen Sie das Medikament ein?			
			Morgen	Mittag	Abend	Nacht

- Bitte wenden Sie das Blatt -



3. Bitte geben Sie Allergien und Unverträglichkeiten an, falls vorhanden:

4. Was möchten Sie heute mit Ihrem behandelnden Arzt auf jeden Fall besprechen?

5. Um Ihre Daten stets auf dem aktuellen Stand zu halten, bitten wir Sie die untenstehenden Angaben zu aktualisieren:

Telefonnummer:	Handynummer:
Größe:	Gewicht:
Beschäftigungsart	<input type="checkbox"/> angestellt <input type="checkbox"/> selbstständig <input type="checkbox"/> arbeitssuchend <input type="checkbox"/> in Rente/Pension <input type="checkbox"/> Schüler/Student <input type="checkbox"/> sonstiges _____
Beruf	
Familienstand	<input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> alleinstehend <input type="checkbox"/> in fester Partnerschaft <input type="checkbox"/> verwitwet
Anzahl der Kinder	
Wohnverhältnisse	<input type="checkbox"/> alleine <input type="checkbox"/> zusammen mit anderen Personen
Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Besitzen Sie einen Pflegegrad?	<input type="checkbox"/> Ja → welchen? <input type="checkbox"/> Nein
Besitzen Sie einen Grad der Behinderung (GdB)?	<input type="checkbox"/> Ja → wie hoch ist Ihr GdB? <input type="checkbox"/> Nein Merkzeichen, (z.B.: „G“, „B“, falls vorhanden): _____

Bitte geben Sie das vollständig ausgefüllte Formular an unserer Anmeldung ab. Bei Fragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Bitte bringen Sie zur Untersuchung Ihren Impfausweis mit

Vor Ort. Rundherum. Gut versorgt.