



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:
Handynummer:	E-Mail Adresse:

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	☐ → bei wem?	☐
Hohe Cholesterinwerte	☐ → bei wem?	☐
Diabetes (Zuckerkrankheit)	☐ → bei wem?	☐
Chronische Herzkrankheit	☐ → bei wem?	☐
Schlaganfall	☐ → bei wem?	☐
Nierenerkrankung	☐ → bei wem?	☐
Lungenerkrankung	☐ → bei wem?	☐
Sonstige chronische Krankheiten	☐ → welche und bei wem?	☐

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



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	☐ angestellt ☐ selbstständig ☐ arbeitssuchend ☐ in Rente/Pension ☐ Schüler/Student ☐ sonstiges_____
Beruf	
Familienstand	☐ verheiratet ☐ alleinstehend ☐ in fester Partnerschaft ☐ verwitwet
Anzahl der Kinder	
Wohnverhältnisse	☐ alleine ☐ zusammen mit anderen Personen
Rauchen Sie?	☐ Ja ☐ Nein
Besitzen Sie einen Pflegegrad?	☐ Ja→ welchen? ☐ Nein
Besitzen Sie einen Grad der Behinderung (GdB)?	☐ Ja→ wie hoch ist Ihr GdB? ☐ 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

Bitte beachten Sie, dass Sie während dem Termin eine Urinprobe bei uns abgeben müssen

Vor Ort. Rundherum. Gut versorgt.