

Fragebogen zu Ihrer Gesundheitsuntersuchung (Check-up-35)

Die Gesundheitsuntersuchung dient dazu, einen Überblick über Ihre individuellen Risikofaktoren für Erkrankungen und Ihre Lebenssituation zu erhalten. Die Untersuchung dient der Früherkennung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Zuckerkrankheit und Nierenerkrankungen und der Beratung für einen gesunden Lebensstil. Bitte füllen Sie diesen Bogen vorab aus und bringen diesen zum Termin mit!

Vor- und Name:

Geburtsdatum:

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

- Bluthochdruck - wenn ja bei wem?
- Hohe Cholesterinwerte – wenn ja bei wem?
- Diabetes (Zuckerkrankheit) – wenn ja bei wem?
- Chronische Herzkrankheit – wenn ja bei wem?
- Schlaganfall – wenn ja bei wem?
- Nierenerkrankung– wenn ja bei wem?
- Lungenerkrankung – wenn ja bei wem?
- Sonstige chronische Krankheiten – wenn ja welche und bei wem?

2. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

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

→ 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. 200mg)	Warum nehmen Sie das Medikament ein?	Wie oft nehmen Sie das Medikament ein?			
			Morgens	Mittags	Abends	Nachts

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 (in Meter, z.B. 1,80):

Gewicht (in Kilogramm):

6. Beschäftigungsart:

angestellt selbstständig arbeitssuchend in Rente/Pension

Schüler/Student Sonstiges:

Beruf:

7. Familienstand:

verheiratet alleinstehend in fester Partnerschaft verwitwet

Anzahl der Kinder:

8. Wohnverhältnisse:

alleinlebend zusammen mit anderen Personen

9. Rauchen Sie? Ja, und zwar: pro Tag Nein

10. 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 bringen Sie zur Untersuchung Ihren Impfausweis mit!

