Hausarztzentrum
Schlingermanns Hof

Informationen und Fragebogen zur Gesundheitsuntersuchung/CheckUp

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

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!

Fragebogen zur Gesundheitsuntersuchung - bitte Vorder- und Rückseite ausfüllen- und zur Blutentnahme mitbringen

Name: _____Vorname_____Geb.Datum_____

Welche Erkrankungen sind bei Ihnen bekannt?
Bitte tragen Sie die Krankheiten und – soweit bekannt – das Jahr der Erstdiagnose hier ein.
Soweit die bei Ihnen bestehenden Krankheiten bei uns bekannt sind und bereits bei uns behandelt werden, müssen diese nicht erneut angegeben werden.
Oft ist es jedoch so, dass Krankheiten, die bei Fachärzten oder in Krankenhäusern festgestellt und behandelt wurden, bei uns nicht bekannt sind, weil uns keine Berichte darüber vorliegen. Diese Krankheiten bitte unbedingt angeben.

Die hier aufgeführten Krankheiten sollen Ihnen als Hilfe und Beispiel dienen. Hier nicht aufgelistete Krankheiten, die bei Ihnen bestehen, bitte ebenfalls eintragen!
Wichtige Erkrankungen die sie unbedingt hier angeben sollten sind z.B. Krebserkrankungen, Rücken/Gelenkerkrankungen, Herz,-Kreislauf,-Gefäß,-Stoffwechselerkrankungen wie z. B. Hypertonie, Schlaganfall, Durchblutungsstörungen, Herzinfarkt, Fettstoffwechselstörung, Diabetes mellitus, Schilddrüsenerkrankung, Gerinnungsstörungen etc., oder Krankheiten anderer Organe, z.B. Lungenkrankheiten, Nierenkrankheiten, Magen-Darm-Erkrankungen, Hauterkrankungen, neurologische Erkrankungen, Krankheiten der Augen etc…
Bitte tragen Sie folgendermaßen ein, als Beispiel: Bandscheibenvorfall 2019; Varikose seit 2023

_____

_____

_____

_____

Allergien:_____

Sonstiges: (z. B. Operationen)_____

Welche Erkrankungen sind in Ihrer **Familie** Geschwister, Eltern, Onkel, Tante, Großeltern bekannt? (wichtige Erkrankungen siehe oben.) Bitte tragen Sie folgendermaßen ein: z. B. Vater: Schlaganfall 1986; Mutter Hautkrebs 2005

_____

_____

Bitte wenden!

Ihre Größe:_____cm; Ihr Gewicht:_____kg; Rauchen Sie?_____Wenn ja vieviel:_____

Trinken Sie Alkohol?_____Wenn ja, welcher Art und wieviel:_____

Treiben Sie Sport? _____Wenn ja, welcher Art und wie oft_____

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

_____

_____

_____

Die folgenden Fragen müssen wie Ihnen stellen, da wir unserer Informations- und Aufklärungspflicht nachkommen müssen, und präventive Untersuchungen nur in bestimmten Intervallen zu Lasten der Krankenkassen durchgeführt werden dürfen.

Wann und bei welchem Arzt wurde Ihre letzte Gesundheitsuntersuchung/CheckUp durchgeführt?
Zur Info: ein CheckUp kann alle drei Jahre durchgeführt werden. Erst nach zwei CheckUp freien Jahren kann ein erneuter CheckUp durchgeführt werden.

_____

Wann und bei welchem Arzt wurde Ihr letztes Hautkrebsscreening durchgeführt?

_____

Wünschen Sie die Durchführung des Hautkrebsscreenings im Rahmen des CheckUp-Termins in unserer Praxis, oder suchen Sie dafür einen Facharzt auf? Zur Info: diese Untersuchung kann in unserer Praxis jedes zweite Jahr durchgeführt werden.

_____

Wann und wo wurde bei Ihnen zuletzt eine **Darmspiegelung** durchgeführt?

_____

ACHTUNG: nur Männer ab 45 Jahre: Wenn nicht in unserer Praxis – wann und wo wurde bei Ihnen zuletzt eine Krebsvorsorgeuntersuchung/Untersuchung der Prostata durchgeführt?

_____

ACHTUNG: **nur Männer ab 45 Jahre**: wünschen Sie die Durchführung der Krebsvorsorgeuntersuchung/Untersuchung der Prostata im Rahmen des CheckUp-Termins in unserer Praxis, oder suchen Sie für diese Untersuchung einen Facharzt auf?
Zur Info: diese Untersuchung kann 1 x im Kalenderjahr durchgeführt werden

_____

ACHTUNG: die folgenden Fragen richten sich nur an Frauen: wann und wo zuletzt wurde bei Ihnen ein Mammographie Screening durchgeführt:

_____Ergebnis: _____

Wann und wo zuletzt wurde bei Ihnen eine Krebsvorsorgeuntersuchung durchgeführt?

_____

Besteht bei Ihnen eine Schwangerschaft? _____

Datum: _____Unterschrift Patient(in): _____