

Check up 35

Liebe Patientin, lieber Patient,

zunächst bekommen Sie einen Termin zur Blutentnahme, Urinuntersuchung und Blutdruckmessung. In einem Folgetermin folgt die körperliche Untersuchung und Befundbesprechung.

Im Rahmen der Gesundheitsvorsorgeuntersuchung bei uns möchten wir Sie bitten uns folgende Fragen zu beantworten. Dies unterstützt uns bei ihrer Beratung. Bitte vergessen Sie nicht, Ihr **Impfbuch** zur Untersuchung mitzubringen. Kreuzen Sie bitte die zutreffenden Felder an:

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____
Anschrift: _____ Tel: _____

Familiäre Belastung durch Krankheiten

- Bluthochdruck, Herzerkrankungen ?
- Schlaganfall ?
- Lungenerkrankungen?
- Stoffwechselerkrankungen (Diabetes, Schilddrüsenerkrankungen...)
- Krebserkrankungen ?
- Allergien (z.B. Heuschnupfen, Asthma, Neurodermitis)?

Eigene gesundheitliche Probleme

- Ungewohnte Atemprobleme, z.B. bei Belastung?
- Schmerzen im Brustkorb bei Belastung?
- Leiden Sie unter Herzrasen? Herzstolpern?
- Schwitzen Sie mehr als früher?
- Schnarchen Sie?
- Leiden Sie gehäuft unter Schnupfen?

- Haben Sie häufig Sodbrennen?
- Neigen Sie zu Verstopfung oder Durchfall?
- Häufiger Wechsel zwischen Durchfall und Verstopfung?
- Blut oder Schleim im Stuhl?
- Ungewollte Gewichtsab- oder -zunahme?
- Fühlen Sie sich häufig müde und abgespant?

- Mehr Durst oder häufigeres Wasserlassen, bzw. Beschwerden beim Wasserlassen?

- Bemerken Sie, dass Sie vergesslich werden?
- Wird Ihnen häufiger schwindelig?
- Stürzen Sie gelegentlich?

- Sind Ihnen Hautveränderungen aufgefallen?

- Rauchen Sie? Nein Ja,Zigaretten pro Tag seitJahren
 ich habe damit aufgehört vor Jahren
- Trinken Sie Alkohol? Nein Selten ja,pro Tag/ Woche
- Treiben Sie regelmäßig Sport? Nein Ja, und zwar
- Haben Sie Allergien? Nein ja, gegen
- Hatten Sie Operationen? Nein Ja, und zwar

Welche Medikamente nehmen Sie zurzeit ein?

Medikamentenname	morgens	mittags	abends	Zur Nacht

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit !

Ihr Praxisteam

Wird von Praxis / Arzt ausgefüllt !!!

Befunde: RR _____ mmHg Puls: _____/min
 Grösse: _____ cm Gewicht: _____ kg BMI: _____ kg/m²
 Urin: _____

Glucose _____ mg/dl Cholesterin: _____

Klinische Untersuchung: _____

