

Hausarztpraxis am Römerbad

M. Pawelczyk
Dr. med. S. Geist
Dr. med. S. Barschkies

Fragebogen zum Check-Up / Gesundheitsuntersuchung

Schön, dass Ihnen Ihre Gesundheit etwas wert ist und Sie sich vorsorglich untersuchen lassen, bevor Krankheiten entstehen bzw. sich bemerkbar machen! Unsere Vorsorgeuntersuchung besteht aus zwei Teilen:





1. Laboruntersuchung (Blut und Urin). Falls Sie neben der Standard-Laboruntersuchung auf Blutzucker und Cholesterin weitere Untersuchungen wünschen, sprechen Sie dieses bitte vor der Blutentnahme mit uns ab. Wir informieren Sie hierzu gerne.

2. Frühestens 2 Tage später erfolgt dann die körperliche Untersuchung und es werden alle Ergebnisse besprochen. Bitte bringen Sie zu diesem Termin auch Ihren Impfpass mit.

Bitte sprechen Sie für beide Teile der Untersuchung jeweils einen Termin mit uns ab.
Um die Untersuchung für Sie schneller durchführen zu können, beantworten Sie uns bitte folgende Fragen:

Name: _____ Geburtstag/Alter: _____ Geschlecht: w | m | d

Beruf: _____ Größe: _____ Gewicht: _____

Ernährungsgewohnheiten  <input type="checkbox"/> Mischkost <input type="checkbox"/> Vegetarisch <input type="checkbox"/> Vegan <input type="checkbox"/> Sonstige	Rauschmittel-/ Zigarettenkonsum  <input type="checkbox"/> Zigaretten, Menge: _____ <input type="checkbox"/> Alkohol, Menge: _____ <input type="checkbox"/> Drogen, Menge: _____	Vorsorgeuntersuchungen <input type="checkbox"/> Check-Up 35, wann: _____ <input type="checkbox"/> Hautkrebs-Screening: _____ <input type="checkbox"/> Darmspiegelung: _____ <input type="checkbox"/> Frauenarzt/Urologe: _____
Hörstärke  Hat sich Ihr Hörvermögen verändert? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	Sehstärke  Hat sich ihr Sehvermögen verändert? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Farbsehen (Rot-/Grüschwäche) <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	(Für Männer ab 65 J.) Besteht ein Interesse an eine Ultraschalluntersuchung der Bauchaorta? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja

Hausarztpraxis am Römerbad

M. Pawelczyk

Dr. med. S. Geist

Dr. med. S. Barschkies

<p>Impfpass vorhanden?</p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p> <p>(bitte legen Sie uns diesen vor)</p>	<p>Patientenverfügung vorhanden?</p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p> <p>Haben Sie ein Organspendeausweis?</p> <p><input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja</p>	<p>Pflegegrad/Schwerbehinderung</p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p> <p>GdB in % _____</p>
<p>Dauermedikamente (auch Pille, Medikamenten-/Hormonpflaster) </p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (bitte Medikamente inkl. Dosierung auflisten oder ein Medikamentenplan vorlegen)</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>		
<p>Gibt es einen akuten Anlass?</p> <p><input type="checkbox"/> Schmerzen</p> <p>wo und mit welcher Schmerzintensität?</p> <p>(1 = sehr geringer Schmerz 10 = stärkster vorstellbarer Schmerz)</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p><input type="checkbox"/> Gewichtsabnahme/-Zunahme</p> <p>Wie viel kg in welche Zeitraum?</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p><input type="checkbox"/> andere akute Beschwerden</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p><input type="checkbox"/> andere akute Beschwerden, die ich erst im Arztgespräch benennen möchte</p> <p><input type="checkbox"/> Ich habe zurzeit keine Beschwerden.</p> <p>Ich wünsche nur:</p> <p><input type="checkbox"/> Vorsorge <input type="checkbox"/> Kontrolle <input type="checkbox"/> Beratung</p>

Datum, Unterschrift