

## Hausarztpraxis am Römerbad

M. & M. Pawelczyk

Dr.med. Geist

Dr. med. Barschkies

Theodor-Heuss-Str. 1, | 71540 Murrhardt | ☎ 07192 8048 | 📠 07192 902360

### 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: \_\_\_\_\_

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

## Hausarztpraxis am Römerbad

M. & M. Pawelczyk

Dr.med. Geist

Dr. med. Barschkies

Theodor-Heuss-Str. 1, | 71540 Murrhardt | ☎ 07192 8048 | 📠 07192 902360

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

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift