



Gesundheitsbogen Check-Up 35

Check-Up 35 (Gesundheitsuntersuchung)

Liebe Patientin, lieber Patient, schön, dass Ihnen Ihre Gesundheit wichtig ist und Sie sich vorsorglich untersuchen lassen, bevor Krankheiten entstehen bzw. sich bemerkbar machen.

Termin Labor (Blut- und Urinuntersuchung): _____



Bitte kommen Sie nüchtern!

Termin körperl. Untersuchung/Besprechung: _____



Bitte Impfpass mitbringen!

Zur optimalen Vorbereitung der Untersuchung beantworten Sie uns bitte folgende Fragen:

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

| | Sie selbst | Verwandte 1. Grades |
|----------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Zuckerkrankheit | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Herzinfarkt / Schlaganfall | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hohe Blutfette | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Nierenerkrankungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Lungenerkrankungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Krebserkrankungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Größe: _____ cm Gewicht: _____ kg

Derzeitiger Beruf: _____

Rauchen Sie:

NEIN

JA Zig/Tag: _____ seit Jahren: _____

Leiden Sie unter starken seelischen Belastungen?

NEIN

JA sprechen Sie bitte den Arzt im Gespräch an

Treiben Sie regelmäßig Sport?

NEIN

JA Sportart: _____

Trinken sie regelmäßig Alkohol?

NEIN

JA Tage/Woche: _____ Was?: _____

Eingenommene Medikamente:

Haben Sie noch Fragen? Ist Ihnen ein besonderes Thema wichtig? Sprechen Sie uns gerne an.