

Check-up / Vorsorgeprogramm

Liebe Patientin, lieber Patient,

schön, dass Ihnen Ihre Gesundheit etwas wert ist und Sie sich vorsorglich untersuchen lassen, bevor Krankheiten entstehen oder sich bemerkbar machen.

Bitte beantworten Sie vorab folgende Fragen:

Name: _____

Alter: _____ Größe: _____ cm Gewicht: _____ kg

Ich rauche: nicht
 etwa _____ Zigaretten/Tag

Alkohol: nein
 gelegentlich
 regelmäßig _____ Viertele Wein,
oder _____ Liter Bier/Tag

Ich treibe Sport: nein
 etwa _____ Stunden/Woche

Sportart: _____

Meine letzte Krebsvorsorgeuntersuchung war _____

Meine letzte Gesundheitsuntersuchung war _____

In welchem Jahr sind Sie zuletzt geimpft worden gegen
Tetanus/Wundstarrkrampf _____

Diphtherie _____

Polio/Kinderlähmung _____

Welche Erkrankungen sind bei Ihnen oder in Ihrer
Familie (Eltern und Großeltern) bekannt:

	Bei mir	In meiner Familie
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzinfarkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hohes Cholesterin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zucker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nierenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lungenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Durchblutungs- störungen der Beine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Aktuell nehme ich folgende Medikamente ein:

Bitte bringen Sie den Fragebogen ausgefüllt zu
Ihrem Untersuchungstermin mit.

Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit !
Ihr Praxisteam Dr. Frank Weinert