



Checkup Gesundheitsscheck Antonina Shimshilashvili Vorsorgeprogramm

Liebe Patientin, Lieber Patient,

schön, dass Ihnen Ihre Gesundheit etwas wert ist und Sie sich vorsorglich untersuchen lassen.

Durch regelmäßige Vorsorgeuntersuchungen kann bei Ihnen das Risiko verringert werden, dass Krankheiten unbemerkt entstehen.

Persönliche Angaben:

Name: _____

Vorname: _____ Alter: _____

Tel.Nr. _____

Mobil-Nr.: _____

E-Mail: _____

Unsere Vorsorgeuntersuchung besteht aus zwei Teilen:

1. Laboruntersuchung (Blut, Urin) und gegebenenfalls erweiterte Vorsorgeuntersuchungen.
2. Körperliche Untersuchung nach einer Woche mit Besprechung

Nicht vergessen:

Bitte machen Sie für die Untersuchung und die darauffolgende Besprechung mit uns zwei Termine aus, die eine Woche auseinanderliegen sollten.

Bitte bringen Sie zu den Untersuchungen Ihren Impfpass mit.

Kommen bei Ihren Blutsverwandten folgende Erkrankungen vor?

- | | | |
|--------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Herzinfarkt | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Schlaganfall | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Hohe Blutfette | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Zuckerkrankheit | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Nierenerkrankungen | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Lungenerkrankungen | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Darmkrebs | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |

Angaben zu eigenen Vorerkrankungen Kamen bei Ihnen diese Erkrankungen vor?

- | | | |
|--------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Herzinfarkt | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Schlaganfall | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Hohe Blutfette | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Zuckerkrankheit | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Nierenerkrankungen | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Lungenerkrankungen | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Allergien | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |

Aktuelle Angaben zu Ihrem Gesundheitsstatus

Größe: _____ cm

Gewicht: _____ kg / zu o. ab genommen

Angaben zu momentanen Beschwerden:

- | | | |
|--------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Verdauungsbeschwerden | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Beschwerden bei Wasserlassen | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Gewichtsabnahme (unfreiwillig) | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| häufig Sonnenbrand | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |

Angaben zu bereits erfolgten Untersuchungen innerhalb der letzten 24 Monate:

- | | | |
|---------------------------------|---|-------------------------------|
| Hautkrebscreening | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Gesundheits-Check | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Darmspiegelung durchgeführt | <input type="checkbox"/> Ja, _____ (Jahr) | <input type="checkbox"/> Nein |
| Impfungen (siehe auch Impfpass) | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |

Ich interessiere mich für das erweiterte Checkup-Angebot

Meine momentanen Beschwerden:

Ich möchte bei Fälligkeit wieder an meine Vorsorgeuntersuchung/Impfung erinnert werden

Ort und Datum

Unterschrift