

Vorsorge Untersuchung

Name:

Geb. Datum:

Größe: m; Gewicht: kg; RR: mm/hg

Termin bei Arzt: He Sch Bu; am um Uhr

Bitte kommen Sie nüchtern. Als Serviceleistung prüfen wir gerne Ihren Impfstatus, dazu benötigen wir Ihren Impfausweis.

Allgemeine Fragen

1. Gibt es in **ihrer Familie** (Großeltern, Eltern, Geschwister, Kinder) besonders erwähnenswerte Erkrankungen wie z.B. Erb-, Blut- oder Krebserkrankungen.

2. Ist bei **Ihnen** eine besonders erwähnenswerte Erkrankung bekannt (s.oben) ?

Gesundheitsuntersuchung (Check)

Gibt es folgende Erkrankungen in Ihrer Familie bei Ihnen ?

- | | | |
|---------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| • Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Erkrankung des Herzkranzgefäße | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Diabetes | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Durchblutungsstörung (Bein, Gehirn) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Fettstoffwechselstörung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Nierenkrankheit | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Lungenkrankheit | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Möchten Sie ergänzende Vorsorgeuntersuchungen ? Fragen Sie bitte unser Praxisteam (diese Leistungen werden von den gesetzlichen Krankenkassen nicht übernommen) .

- EKG
- Lungenfunktion
- Untersuchung auf Durchblutungsstörung der Beine
- Erweiterte Blutuntersuchung (Schilddrüse, Prostata Tumormarker...)

Hautkrebsuntersuchung

1. Sind oder waren in ihrer Familie Hautkrebserkrankungen bekannt ?

Nein Ja

2. Waren Sie selbst schon mal an einem Hautkrebs oder einer Vorstufe erkrankt ?

Nein Ja

3. Ist Ihnen in der letzten Zeit eine Hautveränderung aufgefallen ?

Nein Ja