**1.)** **Blutabnahme, Urinuntersuchung, Messung von Größe, Gewicht, Blutdruck, Puls: ….., den …………..20…, …... : .…. Uhr 2.) Befundbesprechung, Untersuchung: ….., den ……………….20……., …… : ……. Uhr**

Liebe Patientin, lieber Patient,

Sie haben sich zur Durchführung einer **Gesundheitsuntersuchung (Check-up**) entschlossen.

Dazu gehören neben der Kontrolle von Blutwerten (Blutzucker, Blutfettwerte) ein Urin-Streifentest, die Erhebung von Größe, Gewicht, Blutdruck und Puls, sowie nachfolgend eine Befundbesprechung unter besonderer Berücksichtigung Ihres Risikos für Herz- und Kreislauferkrankungen mit ergänzender körperlicher Untersuchung und Überprüfung Ihres Impfstatus.

Bitte bringen Sie zur Blutabnahme den ausgefüllten Fragebogen zum Check-up mit, den Sie unten angefügt finden.

Sollten Sie zusätzliche Untersuchungen (Laborwerte, EKG, Lungenfunktionsprüfung, Ultraschall, etc.) als Selbstzahlerleistung wünschen, sprechen Sie uns an. Danke für Ihr Vertrauen!

Ihr Praxisteam

………………………………………………………………….………**hier bitte abtrennen**………………………………………………………………………

Name:…………………………….…, Vorname:………………………..,geb. am:……….

|  |
| --- |
| Gewohnheiten des täglichen LebensRauchen Sie? 🞏 Nein  🞏 Ja, .........Zigaretten pro Tag  seit .............Jahren 🞏 ich habe damit aufgehört vor  ...... JahrenTrinken Sie Alkohol?🞏 Nein 🞏 Selten 🞏 ja, .........................pro Tag/  WocheTreiben Sie regelmäßig Sport?🞏 Nein 🞏 Ja, und zwar ......................................... |
| Sind Sie gegen etwas allergisch? 🞏 Nein🞏 ja, gegen ....................................................................... ........................................................................................... |  |

Wissen Sie wie groß Sie sind und wie viel Sie aktuell wiegen?

Größe:…………..cm, Gewicht:………. Kg

Welche Medikamente nehmen Sie zurzeit ein?

(Bitte unbedingt ausfüllen, auch wenn Sie denken, dass wir das doch bereits wissen!)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Medikament | Stärke | Morg | Mitt. | Abd. | z.N. |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

Falls der Platz nicht reicht: evtl. Zettel beifügen.

 oder Rückseite nutzen. Vielen Dank für Ihre Mithilfe.

Mechernich, den …………………………….

Familiäre Belastung durch Krankheiten

Sind blutsverwandte Angehörige von einer der folgenden Krankheiten betroffen? (Zutreffendes bitte ankreuzen)

🞏 Herzinfarkt oder Erkrankung der Herzkranzgefäße?

🞏 Schlaganfall ?

🞏 Krebserkrankungen ( z.B. Darm- oder Brustkrebs )?

Eigene Beschwerden:

|  |  |
| --- | --- |
| 🞏 | Häufiger Wechsel zwischen Durchfall und Verstopfung? |
| 🞏 | Blut oder Schleim im Stuhl? |
| 🞏 | Ungewollte Gewichtsab- oder –zunahme? |
| 🞏 | Mehr Durst oder häufigeres Wasserlassen? |
| 🞏 | Ungewohnte Atemprobleme, z.B. bei Belastung? |
| 🞏 | Schmerzen im Brustkorb bei Belastung? |
| 🞏 | Leiden Sie unter Herzrasen? Herzstolpern? |
| 🞏 | Sind Ihnen Hautveränderungen aufgefallen? |
| 🞏 | Fühlen Sie sich häufig müde und abgespannt? |
| 🞏 | Bemerken Sie, dass Sie vergesslich werden? |
| 🞏 | Stürzen Sie häufiger? |
| 🞏 | Wird Ihnen häufiger schwindelig? |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| 🞏 | Haben Sie Beschwerden beim Wasserlassen? |
| 🞏 | Neigen Sie zu Verstopfung oder Durchfall? |
| 🞏 | Haben Sie häufig Sodbrennen? |