

Check-up Gesundheitsuntersuchung-Fragebogen

Name: _____ Vorname: _____ geb.am: _____

Kontaktdaten (Telefon/Mail): _____

Größe: _____ Gewicht _____

Taillenumfang (wird in der Praxis bestimmt): _____

BMI (wird in der Praxis bestimmt): _____

Raucher: ja nein

Impfstatus (wird in der Praxis geprüft) _____

Hautkrebsvorsorge/Check-up/Immunologischer Test auf Blut im Stuhl wann letztmalig
gewesen: _____

Letzte Darmspiegelung: Jahr _____ Wo _____

Letzte Gastroskopie: Jahr _____ Wo _____

Letzte Röntgen -Thorax- Untersuchung: Jahr _____ Wo _____

Aktuelle Beschwerden: _____

Aktuelle Medikation: _____

Eigene Vorerkrankungen: _____

Erkrankungen in der Familie, bitte zutreffendes ankreuzen:

- | | | | |
|---|--|---------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Schlaganfall | |
| <input type="checkbox"/> Herzerkrankung | <input type="checkbox"/> Herzinfarkt | <input type="checkbox"/> Thrombose | <input type="checkbox"/> Sonstiges |

Bitte bringen Sie zur Untersuchung den ausgefüllten Anamnesebogen, Ihren
Impfausweis sowie vorhandene Befunde über Erkrankungen mit.

Datum: _____

Unterschrift: _____