GESUNDHEITSFRAGEBOGEN

zur Check-up-Untersuchung

kpz WIESBADEN

medici WIESBADEN

Name _____ **Geburtsdatum** _____

AKTUELLE BESCHWERDEN

☐ keine ☐ ja, und zwar:

☐ Brustschmerz bei Belastung ☐ Atemnot

☐ Herzstolpern/Herzrasen ☐ Schwindel/Ohnmacht

☐ Schnarchen/Atemaussetzer ☐ Niedergeschlagenheit

☐ Sonstige: _____

_____

_____

Gewichtsveränderung (letzte 12 Monate)

☐ nein ☐ ja: ☐ Zunahme ☐ Abnahme, ca. ____ kg

ANMERKUNGEN

z. B. Fragen oder Wünsche zum Check-up

_____

_____

_____

_____

ORGANSPENDEAUSWEIS

kostenlos an der Anmeldung

☐ vorhanden ☐ nicht vorhanden

☐ gewünscht

HERZ-KREISLAUF-RISIKOFAKTOREN

Rauchen

☐ nein ☐ früher, bis ____

☐ ja, seit ____ Jahren, ca. ____ Zigaretten/Tag

Alkohol

☐ nein ☐ ja, ca. ____ Getränke pro ☐ Woche ☐ Tag

Bewegung

☐ nein ☐ ja, ca. ____ Stunden pro Woche

Blutdruck-Selbstmessung

☐ nein ☐ ja, ø Werte ____ / ____ mmHg

Cholesterinwerte bekannt? (Angaben in mg/dl)

☐ nein ☐ ja:

Gesamt _____ LDL _____

HDL _____ Triglyzeride _____

Lipoprotein (a) _____ ☐ mg/dl ☐ nmol/l

Letzte Bestimmung _____

IMPFSTATUS

letzte Impfung (Monat/Jahr)

Tetanus/Diphtherie _____

Pertussis _____

Polio _____

Masern/Mumps/Röteln _____

COVID-19 _____

Influenza _____

Pneumokokken _____

RSV _____

Gürtelrose (Herpes Zoster) _____

FSME _____

Hepatitis A _____

Hepatitis B _____

HPV _____

Sonstige: _____ _____

ERKRANKUNGEN IN DER FAMILIE

Vater, Mutter, Geschwister	nein	ja	wer?	Alter
Herzinfarkt	☐	☐		
Schlaganfall	☐	☐		
Bluthochdruck	☐	☐		
Diabetes mellitus	☐	☐		
Erhöhte Blutfette	☐	☐		
Darmkrebs (Kolonkarzinom)	☐	☐		
Andere Krebserkrankung	☐	☐		

VORSORGEUNTERSUCHUNGEN

	nein	ja	zuletzt (Monat/Jahr)
Darmspiegelung (ab 50 J.)	☐	☐	
Hautkrebsvorsorge (ab 35 J.)	☐	☐	
Nur Männer			
Prostatakrebsvorsorge (ab 45 J.)	☐	☐	
Bauchaorta-Ultraschall (ab 65 J.)	☐	☐	
Nur Frauen			
Gynäkologische Vorsorge	☐	☐	
Mammographie-Screening	☐	☐	

Datum _____