

HAUSARZTPRAXIS

Dr. med. Katharina Fenner-Hirschberg

ALLGEMEINMEDIZIN · SCHMERZTHERAPIE · NEURALTHERAPIE
PALLIATIVMEDIZIN · NOTFALLMEDIZIN



Fragebogen Gesundheitsuntersuchung

Liebe Patientin, lieber Patient,

gerne informiere ich Sie über den Inhalt der Vorsorgeuntersuchung der gesetzlichen Krankenkassen:

1. Termin

- Laboruntersuchung aus dem Blut:
Lipidprofil - Gesamtcholesterin, LDL- und HDL- Cholesterin, Triglyceride
Nüchternblutzucker
- Laboruntersuchung aus dem Urin (Harnstreifentest):
Eiweiß, Glukose, Erythrozyten, Leukozyten und Nitrit
- Bestimmung von Blutdruck, Bauchumfang, Gewicht (BMI)

Bitte kommen Sie zu diesen Termin **NÜCHTERN** und bringen Sie Ihren **IMPFAUSWEIS** mit!

2. Termin

- Anamnese
- Körperliche Untersuchung
- Befundauswertung, Impfstatusüberprüfung
- Beratung, Präventionsempfehlung

In Vorbereitung möchte ich Sie bitten, diesen Fragebogen sorgfältig auszufüllen.

Name, Vorname _____ Geburtsdatum _____

Gesundheitsfragen

Ausgeübter Beruf _____
Freizeitaktivitäten/ Sport _____
Blutspender Nein Ja
Ernährung Mischkost vegetarisch vegan
Rauchen nie selten regelmäßig seit _____
Ex- Raucher Ja, wie viele Jahre? _____
Alkohol nie selten regelmäßig täglich _____
Drogenkonsum Nein Ja, welche? _____
Allergien Nein Ja, welche? _____
Medikamentenunverträglichkeit Nein Ja, welche? _____

Vegetative Anamnese

Durst normal vermehrt
Appetit normal vermehrt
Stuhlgang normal täglich aller 1 bis 3 Tage > 3 Tage
 nicht normal Durchfall Verstopfung
 mit Schleim mit Blut
Wasserlassen normal vermehrt nachts öfter als 2x
Nachtschweiß Nein Ja
Gewicht konstant Zunahme Abnahme

Familienanamnese

	Bluthochdruck	Herzkrankheit	Diabetes	Schlaganfall	Psyche	Krebs
Mutter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vater	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bruder/ Schwester	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bruder/ Schwester	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oma, mütterl.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Opa, mütterl.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oma, väterl.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Opa, väterl.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Für Patientinnen

Besteht eine Schwangerschaft Nein Ja
 Geburten Nein Ja, wie viele? _____ Wann? _____
 Antibabypille Nein Ja
 Monatsblutung regelmäßig Nein Ja

Durchgeführte Vorsorgeuntersuchungen

Gesundheitsuntersuchung ab 35. Lebensjahr? Nein Ja, wann? _____
 Hautcheck Nein Ja, wann? _____
 Darmspiegelung ab 55. LJ Nein Ja, wann? _____
FRAUEN: Krebsfrüherkennung Frauenarzt Nein Ja, wann? _____
MÄNNER: Krebsfrüherkennung Prostata ab 45. LJ Nein Ja, wann? _____
 Ultraschall Bauchschlagader ab 65. LJ Nein Ja, wann? _____

Wünschen Sie eine erweiterte Vorsorgeuntersuchung außerhalb der gesetzlichen Kassenleistung?

Die Leistungsabrechnung erfolgt für Sie privat nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ). Die Laborkostenrechnung wird separat und direkt durch das Labor gestellt.

Folgendes sehe ich in Ergänzung als sinnvoll an:

- Blutbild mit Nieren- und Leberwerten: 15,15€
- Ferritin (Eisenspeicher): 10,49€
- Holo-transcobalamin (aktives Vitamin B12): 27,98€
- PSA, Risikoparameter für Prostatkarzinom: 17,49€
- Lungenfunktion: 25,40€
- EKG: 26,55€
- Vitamin D (25-OH): 18,65€
- Folsäure: 10,49€

Ich möchte keine weiteren Untersuchungen.

Ihre nächste Vorsorgeuntersuchung ist _____ fällig.

Möchten Sie durch die Praxis per eMail/ Telefon informiert werden ? Ja Nein

Ort/ Datum

Unterschrift Patient/in

Bei Fragen helfen wir Ihnen gerne weiter. Vielen Dank!