



HAUSARZTPRAXIS KATHY GÖTZE

Fachärztin für Allgemeinmedizin / Zusatzbezeichnung Palliativmedizin

Begleitzettel für Ihre Vorsorgeuntersuchung, Check Up 35

Liebe Patienten,

sie möchten / haben sich zur gesetzlichen Vorsorgeuntersuchung angemeldet. Bei der dazugehörigen Laborabnahme dürfen wir Blutzucker, Gesamtcholesterin, LDL- und HDL-Cholesterin sowie Triglyceriden bestimmen. Sind Sie in der HZV (hausarztzentrierten Versorgung) können zusätzliche Laborwerte abgenommen werden.

Für Ihre Vorstellung bringen Sie bitte diesen Begleitzettel sowie Ihren Impfausweis mit.

Name: Vorname:

Geburtsdatum: Geschlecht:

Straße: Hausnummer:

Postleitzahl: Ort:

Telefonnummer: mobil:

E-Mail:

Größe: Gewicht:

Haben Sie besondere Ernährungsgewohnheiten?

vegan vegetarisch laktosefrei glutenfrei

Allergien:

Rauchen: Ja Nein Jahre: , wie viele Zigaretten täglich:

Alkohol: Ja Nein wie häufig:

Treiben sie Sport:

Haben Sie aktuelle Beschwerden:

Medikation

Medikament	morgens	mittags	abends	zur Nacht
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Vorerkrankungen bei Ihnen: (bitte ankreuzen):

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Schlaganfall | <input type="checkbox"/> Sucht |
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Thrombose | <input type="checkbox"/> Krebserkrankung |
| <input type="checkbox"/> Herzinfarkt/KHK | <input type="checkbox"/> erhöhte Fettwerte | <input type="checkbox"/> Lungenerkrankung |
| <input type="checkbox"/> Herzschwäche | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung | <input type="checkbox"/> Nierenerkrankung |

Vorerkrankungen bei Ihren direkten Blutsverwandten (bitte ankreuzen):

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Schlaganfall | <input type="checkbox"/> Sucht |
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Thrombose | <input type="checkbox"/> Krebserkrankung |
| <input type="checkbox"/> Herzinfarkt/KHK | <input type="checkbox"/> erhöhte Fettwerte | <input type="checkbox"/> Lungenerkrankung |
| <input type="checkbox"/> Herzschwäche | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung | <input type="checkbox"/> Nierenerkrankung |

Haben Sie einen Organspendeausweis Ja Nein

Haben Sie eine Patientenverfügung Ja Nein

Haben Sie eine Vorsorgevollmacht Ja Nein

Sind Sie in gynäkologischer Behandlung Ja Nein

Sind Sie in urologischer Behandlung Ja Nein

Hatten Sie bereits eine Darmspiegelung Ja Nein

Sind die bei anderen Fachärzten in Behandlung Nein Ja, wenn ja welche:

Vielen Dank für Ihre Mithilfe.