



Arztpraxis (BAG Götze eGbR)

Kathy Götze : Fachärztin für Allgemeinmedizin / ZB : Palliativmedizin
Matthias Götze : Facharzt für Innere Medizin - Hausärztliche Versorgung

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 ☐ laktolosefrei ☐ 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

Vorerkrankungen bei Ihnen: (bitte ankreuzen):

- | | | |
|--|---|---|
| ☐ Diabetes | ☐ Schlaganfall | ☐ Sucht |
| ☐ Bluthochdruck | ☐ Thrombose | ☐ Krebserkrankung |
| ☐ Herzinfarkt/KHK | ☐ erhöhte Fettwerte | ☐ Lungenerkrankung |
| ☐ Herzschwäche | ☐ Schilddrüsenerkrankung | ☐ Nierenerkrankung |

Vorerkrankungen bei Ihren direkten Blutsverwandten (bitte ankreuzen):

- | | | |
|--|---|---|
| ☐ Diabetes | ☐ Schlaganfall | ☐ Sucht |
| ☐ Bluthochdruck | ☐ Thrombose | ☐ Krebserkrankung |
| ☐ Herzinfarkt/KHK | ☐ erhöhte Fettwerte | ☐ Lungenerkrankung |
| ☐ Herzschwäche | ☐ Schilddrüsenerkrankung | ☐ 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 unter urologischer Kontrolle ☐ 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.