

Heutiges Datum	PID	Geburtsdatum
	Wird von der Praxis vergeben	
Patientenname (Nachname, Vorname)		



Check-up Gesundheitsuntersuchung-Fragebogen

Kontakt Daten (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:

- ☐ Diabetes
 ☐ Bluthochdruck
 ☐ Schlaganfall
☐ Herzerkrankung
 ☐ Herzinfarkt
 ☐ Thrombose
 ☐ Sonstiges

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

Datum: _____

Unterschrift: _____