

## Information zum Gesundheits-Check-Up

Liebe Patientinnen und Patienten,

am Untersuchungstag kommen Sie bitte **15 Minuten vor** Ihrem regulären Check-Up-Termin und bringen bitte von dem Morgen eine Urinprobe mit. Den Ihnen mitgegebenen Becher beschriften Sie bitte mit Ihrem Namen.

Bitte essen und trinken Sie 3 Stunden vor dem Termin nichts.

Ihre regelmäßigen Medikamente nehmen Sie bitte mit stillem Wasser ein; ausschließlich Insulin bitte **nicht** spritzen.

Der reguläre Check-Up umfasst eine Bestimmung der folgenden Laborwerte: Cholesterin gesamt, HDL, LDL, Triglyceride und nüchtern Blutzucker, alles weitere Werte können als IGeL-Leistung auf eigenen Wunsch mitbestimmt werden. Auf unseren Internetseiten können Sie sich über diese Selbstzahlerleistungen im Menüpunkt Leistungen, die nicht Leistungsinhalt des Gesundheits-Checks sind, informieren.

<https://hausaerzte-hennen.de/>



<https://hausarzt-menden.de/>



Bei Interesse sprechen Sie Ihre Ärztin/Ihren Arzt an. Wir beraten Sie gerne!

Bitte bringen Sie zum Termin den ausgefüllten **Gesundheits-Check-Up-Anamnese-Bogen**, Ihren **Impfausweis** und Ihre **Versichertenkarte** mit.

Wir würden uns sehr freuen, wenn Sie aus Rücksicht auf die Umwelt ein eigenes Handtuch mitbringen.

Beste Grüße

Ihr Praxisteam

## Gesundheits-Check-Up Anamnese

**Name:** \_\_\_\_\_ **Vorname:** \_\_\_\_\_

**E-Mail:** \_\_\_\_\_

**Tel. Nr.:** \_\_\_\_\_ **Mobil.:** \_\_\_\_\_

**Größe** \_\_\_\_\_ **cm** **Gewicht** \_\_\_\_\_ **kg**

1. **Rauchen Sie? Haben Sie geraucht?** Ja ( ) Nein ( )  
 Wenn ja, wie viele pro Tag? \_\_\_\_\_ /Tag  
 Wenn ja, wie viele Jahre haben Sie geraucht? \_\_\_\_\_ Jahre
  
2. **Trinken Sie Alkohol?** Ja ( ) Nein ( )  
 Wenn ja, wie viel pro Woche? \_\_\_\_\_ /Woche
  
3. **Essen Sie Fleisch/Wurst?** Ja ( ) Nein ( )  
 Wenn ja, wie oft pro Woche? \_\_\_\_\_ /Woche
  
4. **Machen Sie Sport?** Ja ( ) Nein ( )  
 Wenn ja, wie oft und welche Sportart? \_\_\_\_\_ Stunden \_\_\_\_\_ /Woche
  


---

5. **Gab es in Ihrer Familie einen Herzinfarkt oder Schlaganfall vor dem 60. Geburtstag?**
  - Herzinfarkt Ja ( ) Nein ( )
  - Schlaganfall Ja ( ) Nein ( )
  
6. **Gibt es in der Familie**
  - Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit)? Ja ( ) Nein ( )
  - Bluthochdruck? Ja ( ) Nein ( )
  - Krebserkrankungen? Ja ( ) Nein ( )
  - Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_
  
7. **Bestehen aktuell Beschwerden beim Wasserlassen?** Ja ( ) Nein ( )
  
8. **Bestehen aktuell Beschwerden beim Stuhlgang?** Ja ( ) Nein ( )
  
9. **Kam es zu ungewolltem Gewichtsverlust in den letzten 6 Monaten?** Ja ( ) Kg ( ) Nein ( )
  
10. **Gehen Sie regelmäßig zur Vorsorge zum Gynäkologen/Urologen?** Ja ( ) Nein ( )
  
11. **Hatten Sie bereits eine Darmspiegelung?** Ja ( ) Nein ( )  
 Wenn ja, in welchem Jahr? \_\_\_\_\_ Jahr
  
12. **Wann war Ihr letztes Hautkrebs-Screening?** \_\_\_\_\_ Jahr
  
13. **Schnarchen Sie oder haben Sie Atemaussetzer?** Ja ( ) Nein ( )