

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:
geb. am:	E-Mail:
Tel. Nr.:	Mobil.:

Größe	cm	Gewicht	kg
1. Rauchen Sie? Haben Sie geraucht? Wenn ja, wie viele pro Tag? Wenn ja, wie viele Jahre haben Sie geraucht?			Ja () Nein () /Tag Jahre
2. Trinken Sie Alkohol? Wenn ja, wie viel pro Woche?			Ja () Nein () /Woche
3. Essen Sie Fleisch/Wurst? Wenn ja, wie oft pro Woche?			Ja () Nein () /Woche
4. Machen Sie Sport? Wenn ja, wie oft und welche Sportart?			Ja () Nein () 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? Wenn ja, in welchem Jahr?			Ja () Nein () Jahr
12. Wann war Ihr letztes Hautkrebs-Screening?			Jahr
13. Schnarchen Sie oder haben Sie Atemaussetzer?			Ja () Nein ()