

Merkblatt zur Gesundheitsvorsorge

Name:

Vorname:

Geb:

Termin 1:

Termin 2:

Liebe Patientin, lieber Patient,

für die anstehende Untersuchung erhalten Sie zwei Termine. Bitte informieren Sie uns rechtzeitig, wenn Sie einen Termin nicht wahrnehmen können.

Beim ersten Termin werden Blut abgenommen, Blutdruck gemessen, Größe und Gewicht bestimmt und der Urin untersucht.

Bitte denken Sie an Folgendes:

- Sie müssen nüchtern erscheinen
- Ein Glas Wasser ist jedoch erlaubt und Ihre Medikamente sollten Sie ebenfalls eingenommen haben
- Stuhlprobe, falls eine Krebsvorsorge stattfindet
- Impfpass
- Bitte füllen Sie auch die 2. Seite dieses Merkblatts (und ggf. den Fragebogen für Patienten über 60) aus und bringen Sie die Vordrucke zum ersten Termin wieder mit.

Schreiben Sie alle Präparate auf, die Sie regelmäßig einnehmen. Denken Sie auch an die Medikamente, die Sie von anderen Ärzten verordnet bekommen haben oder Sie sich selbst, z.B. im Reformhaus gekauft haben.

Beim zweiten Termin findet die eigentliche Vorsorgeuntersuchung statt. Die Ergebnisse vom ersten Termin werden besprochen und es folgt die körperliche Untersuchung.

Bitte haben Sie Verständnis, dass die Vorsorgeuntersuchung nur der Vorsorge dient. Ausführliche Gespräche über bereits bekannte Krankheiten müssen aus organisatorischen Gründen zu einem späteren Zeitpunkt erfolgen.

Herzlichen Dank!

Ihr Praxisteam

Aktuelle Medikamente

(bitte nur diese eintragen, welche Sie auf Weisung anderer Ärzte einnehmen)

Medikamentenname	Morgens	Mittags	Abends	Zur Nacht	Bemerkung

An welchen Krankheiten leiden Sie?

.....

Bei welchen nahen Blutsverwandten (z.B. Eltern, Großeltern, Geschwistern) kommen folgende Krankheiten vor?

	Ich	Familie
Hoher Blutdruck		
Herzinfarkt		
Durchblutungsstörungen		
Zucker		
Fettstoffwechselstörung		
Nierenkrankheiten		
Krebserkrankungen inkl. Hautkrebs Welche Art von Krebs?		

Rauchen Sie? Nein Ja

Wenn ja, wie viel: Nicht mehr seit:

Konsumieren Sie regelmäßig Alkohol? Nein Ja

Wenn ja, wie viel:

Haben Sie Allergien? Nein Ja

- Gegen Medikamente? Nein Ja

- Wenn ja, gegen welche?

- Andere Allergien?

Treiben Sie Sport? Nein Ja

Wie oft:

Gehen Sie regelmäßig zum Zahnarzt? Nein Ja

Für Frauen:

Gehen Sie einmal pro Jahr zum Frauenarzt Nein Ja

Fragebogen für Patienten ab 60

Name: _____

Haben Sie Probleme mit der Atmung/Luft

Nein

Ja

Sind Sie deutlich kleiner geworden (mehr als 10 cm)?

Nein

Ja

Haben Sie oder Ihre Angehörigen den Eindruck, dass Ihr

Gedächtnis nicht mehr so gut funktioniert?

Nein

Ja

Haben Sie Probleme mit dem Wasserlassen/ das Wasser

zu halten?

Nein

Ja

Haben Sie sich im letzten Monat häufig niedergeschlagen,

traurig, bedrückt oder hoffnungslos gefühlt?

Nein

Ja

Fühlen Sie sich beim Gehen unsicher?

Nein

Ja

Sind Sie in letzte Zeit gestürzt?

Nein

Ja

Schlafen Sie tagsüber ungeplant ein?

Nein

Ja

Haben Sie Probleme mit dem Hören?

Nein

Ja

Sind Sie unsicher bei der Einnahme Ihrer Medikamente?

Nein

Ja

Wurde schon einmal eine Darmspiegelung durchgeführt?

Nein

Ja

Wenn ja, wann?