



Name

Termin

Hinweise

Für den Checkup kommen Sie bitte unbedingt **nüchtern** in die Praxis.

Folgendes bringen Sie bitte zum Checkup mit:

- ✦ die Krankenkassenkarten
- ✦ den ausgefüllten Fragebogen
- ✦ den Impfausweis

Freiwillige Angaben zur Vervollständigung unserer Daten

Adresse:

E-Mail-Adresse:

Telefon:

Beruf:

Blutgruppe:

Nur von der Schwester auszufüllen!!!

Größe:

Gewicht:

BMI:

RR:

BU:

Urinstatus:



Jetzt-Anamnese

Beschwerden, welche Sie zur Zeit haben:

.....

.....

.....

.....

Eigen-Anamnese

Bisherige Erkrankungen, Operationen oder Krankenhausaufenthalte:

.....

.....

.....

.....

Familien-Anamnese

Erkrankungen der Eltern, Geschwister und Kinder, zum Beispiel Krebs, Diabetes usw.:

.....

.....

Sozial-Anamnese

Beruf, Lebensumstände usw.:

.....

.....

Risiken

Raucher: ja

nein

Alkohol: nie

selten

regelmäßig

Gewicht: konstant

zugenommen

abgenommen

Letzmalige gynäkologische
bzw. urologische Untersuchung:

Letzte Magen- / Darmspiegelung:

Allergien

.....

Medikamente

Alle Medikamente, die Sie einnehmen, eventuell auch Kopfschmerztabletten usw.:

.....

.....

Impfstatus

.....