

Gesundheitsuntersuchung

Vorname: Nachname: Geb.

Straße: Nr.: PLZ: Ort:

Telefon: Mobil:

E-Mail:

Welche chronischen Erkrankungen sind bei Ihnen und/oder in Ihrer Familie bekannt?

	Selbst	Großeltern	Eltern	Geschwister
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzkrankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Thrombose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
erhöhte Cholesterinwerte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nierenkrankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lungenkrankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Rauchen Sie? Nein Ja Wenn ja, Zigaretten täglich – Nichtraucher seit

Trinken Sie täglich Alkohol? Ja Nein Treiben Sie regelmäßig Sport? Ja Nein

Wurden bei Ihnen bereits folgende Untersuchungen durchgeführt

Hautscreening beim Dermatologen Nein Ja Wenn ja, Datum (M/J)

Darmspiegelung Nein Ja Wenn ja, Datum (M/J)

iFOBT Nein Ja Wenn ja, Datum (M/J)

Individuelle Gesundheitsleistungen

(Untersuchungen im Blut)

Vitamin D 20,00 €

Andere Vitamine 10,00 - 52,00 €

Ferritin (Depot-Eisen) 14,57 €

PSA Wert 17,49 €

Untersuchungen

(ggf. ist hierfür ein separater Termin erforderlich)

Ultraschall (Leber, Niere, Blase) 40,00 €

Lungenfunktionstest 25,00 €

EKG 15,00 €

Wünsche?

Ort: Datum: Unterschrift: _____