

Liebe Patientin, lieber Patient,

Sie haben sich zum gesetzlichen Check-up angemeldet. Bei der dazugehörigen Blutuntersuchung dürfen wir **lediglich den Blutzucker und das Gesamt-Cholesterin** bestimmen. Wünschen Sie darüber hinaus weitere Untersuchungen, so müssen wir Ihnen hierfür eine Privatrechnung stellen! Im Anhang finden Sie sinnvolle Ergänzungen zum Kassen-Check-up:

- Großes Blutbild (mit Leber- und Nierenwerten) ca. **33,- €** PSA (Prostatawert bei Männern) ca. **21,- €**
- Ultraschall des Bauchraums **51,79€** Ultraschall der Halsschlagader **37,89 €** Ultraschall der Schilddrüse **36,99 €**
- Ich möchte über den Kassen-Check-up hinaus **keine** weiteren Untersuchungen, es ist mir bewusst, dass dadurch die Beratung nur eingeschränkt möglich ist.

Name: _____ Vorname: _____ Alter: _____

Straße: _____ Ort: _____

Größe: _____ cm Gewicht: _____ kg Raucher? _____ Alkoholkonsum? _____

Wie häufig treiben Sie Sport? _____

Eingenommene Medikamente:

Allergien:

Jetzige Beschwerden:

Familienvorgeschichte			Eigene Vorgeschichte		
Kommen bei Ihren Blutsverwandten folgende Erkrankungen vor?					
	Ja	Nein		Ja	Nein
Bluthochdruck			Bluthochdruck		
Herzinfarkt			Herzinfarkt		
Schlaganfall			Schlaganfall		
Hohe Blutfette			Hohe Blutfette		
Zuckerkrankheit			Zuckerkrankheit		
Nierenerkrankungen			Nierenerkrankungen		
Lungenerkrankungen			Lungenerkrankungen		
Krebserkrankung			Krebserkrankung		

Bitte bringen Sie zum Besprechungs- bzw. Untersuchungstermin Ihren **Impfausweis** mit, damit wir ihn überprüfen können!

Ich möchte in zwei Jahren wieder an meine Vorsorgeuntersuchung erinnert werden! ja nein

Ort und Datum _____

Unterschrift _____