

Liebe*r Patient*in

Sie haben sich zum gesetzlichen Check-up angemeldet. Bei der dazugehörigen Blutuntersuchung dürfen wir lediglich den Blutzucker und das Gesamtcholesterin (bei HZV auch die Cholesterinuntergruppen) bestimmen. Wünschen Sie darüber hinaus weitere Untersuchungen, so müssen wie Ihnen hierfür eine Privatrechnung stellen.

Im Anhang finden Sie sinnvolle Ergänzungen zum Kassen-Check-up!

Name:	Vorname:		Geb.-Datum:	
Straße:	Ort:		\$1052\$	
Telefon:	Handy:	E-Mail:		
Größe:	cm	Gewicht:	kg	Zigaretten pro Tag:
Alkohol pro Tag:				
Wie häufig treiben Sie Sport?				
Ernährung:	Vegetarisch <input type="checkbox"/>	Vegan <input type="checkbox"/>	Fleischarm <input type="checkbox"/>	Fleischreich <input type="checkbox"/>

Eingenommene Medikamente:

Allergien:

Momentane Beschwerden:

Familienvorgeschichte

Kommen bei Ihren Blutsverwandten folgende Erkrankungen vor?

	Ja	Nein
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzinfarkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hohe Blutfette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zuckerkrankheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nierenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lungenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krebs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Eigene Vorgeschichte

Wurde bei Ihnen schon einmal folgende Erkrankungen festgestellt?

	Ja	Nein
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzinfarkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hohe Blutfette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zuckerkrankheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nierenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lungenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krebs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

Schwaikheim, den

Unterschrift

