

MEDIZIN MIT HERZ. SEIT 1925 Ihr Termin zur Gesundheitsuntersuchung

Name: _____ Vorname: _____

Datum: _____ Uhrzeit: _____

Bitte denken Sie daran, Ihr **Impfbuch** mitzubringen.

Berufliche Tätigkeit /Familienstand _____

Fragen zum aktuellen Gesundheitszustand:

Aktuelle Größe _____ cm Aktuelles Gewicht _____ kg

Schlafverhalten Normal Beschwerden

Wenn ja, welche: _____

Stuhlverhalten/Verdauung Normal Beschwerden

Wenn ja, welche: _____

Urin Normal Beschwerden

Wenn ja, welche: _____

Nächtliches Wasserlassen Nein Selten Häufig

Appetit Normal Vermehrt Vermindert

Psychisches Befinden Unauffällig Auffällig

Wenn ja, welche Beschwerden: _____

Schwitzen Normal vermehrt

Schmerzen Wann? Wo?

Nikotin Nein Ja Menge _____

Alkohol Nein Ja Menge _____

Allergien: _____

Datum letztes Hautscreening (ab 20. Lebensjahr): _____

Bei Frauen (ab 20. Lebensjahr):

Datum der letzten gynäkologischen Untersuchung: _____

Bei Männern (ab 45. Lebensjahr):

Datum der letzten Krebsvorsorge: _____

Ab dem 55 Lebensjahr:

Datum der letzten Darmspiegelung: _____

Bitte geben Sie auch familiäre Vorerkrankungen an, z. B. Herzerkrankungen, Stoffwechselstörungen oder Tumorerkrankung
