

**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

\_\_\_\_\_