

Name: **Vorname:** **Geburtsdatum:**

Lieber Patient, liebe Patientin,

bitte füllen Sie vor der Untersuchung diesen Bogen aus und bringen ihn zur Untersuchung mit, gerne auch vorab per Email (praxis-rost@gmx.de)

Sind folgende Erkrankungen in Ihrer Familie bekannt? (bitte ankreuzen)

- | | | | | | |
|---------------------------|-----------------------|------------------------|-----------------------|--------------------|-----------------------|
| Herzinfarkt | <input type="radio"/> | Schlaganfall | <input type="radio"/> | Bluthochdruck | <input type="radio"/> |
| sonstige Herzerkrankungen | <input type="radio"/> | Diabetes | <input type="radio"/> | Demenz | <input type="radio"/> |
| Thrombose | <input type="radio"/> | Krebserkrankungen | <input type="radio"/> | Hauterkrankungen | <input type="radio"/> |
| Osteoporose | <input type="radio"/> | Nierenerkrankungen | <input type="radio"/> | Lungenerkrankungen | <input type="radio"/> |
| psychische Erkrankungen | <input type="radio"/> | Schilddrüsenerkrankung | <input type="radio"/> | | |

sonstiges:
.....

Leiden Sie an Allergien? Nein Ja

Wenn ja, welche:
.....

Rauchen Sie? nie aufgehört, wann?
 ja, ca. Zigaretten/Tag seit Jahren
 Zigaretten Wasserpfeife/Vape Sonstiges

Alkoholkonsum nein gelegentlich täglich, etwa wie viel und was

Sport/Bewegung nein ja, durchschnittlich Stunden/Woche

Ernährungsweise Mischkost vegetarisch/vegan sonstige:
.....

Haben Sie Schwierigkeiten mit dem Wasserlassen oder das Wasser zu halten? Ja Nein

Waren Sie bereits bei einer Darmspiegelung? Ja, Jahr Nein

Für Frauen:

Haben Sie einen regelmäßigen Zyklus Ja Nein

Für Frauen in den Wechseljahren:

Haben Sie Beschwerden Ja Nein

Haben Sie größere Sorgen? (finanziell/familiär/beruflich/sozial/usw.) Ja Nein

Haben Sie eine Patientenverfügung? Ja Nein Interesse

Haben Sie aktuelle Beschwerden?
.....

Kommen Sie am Tag Ihrer Vorsorgeuntersuchung bitte **ohne Frühstück**, ein Glas Wasser/schwarzer Kaffee/ungesüßter Tee darf getrunken werden. Ihre Tabletten wie gewohnt einnehmen.

Bitte denken Sie auch an ihren **Impfausweis**.

Vielen Dank