

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