

MEDICAL CHECK-UP

Persönlicher Erhebungsbogen

(Name)

(Vorname)

(Geburtsdatum)

Für eine sorgfältige Vorbereitung auf die bevorstehenden Untersuchungen und als wertvoller Beitrag zur umfassenden Beurteilung Ihres Gesundheitszustandes, bitten wir Sie, die im Folgenden gestellten ärztlichen Fragen möglichst genau zu beantworten.

Vielen Dank!

MEDICAL CHECK-UP

Präventive Gesundheitsuntersuchung

Fragen zu Ihrer medizinischen Vorgeschichte

1. Schwere Erkrankungen in der Vergangenheit?

Jahr	Art der Erkrankung

2. Operationen?

Jahr	Art der Operation

3. Chronische Erkrankungen?

Seit wann?	Art der Erkrankung

MEDICAL CHECK-UP

Präventive Gesundheitsuntersuchung

Fragen zu Ihrer medizinischen Vorgeschichte

4. Familiengeschichte

Welches Familienmitglied?

- Koronare Herzkrankheit/Herzinfarkt? _____
- Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus)? _____
- Erkrankungen der Lunge? _____
- Erkrankungen der Niere? _____
- Erkrankungen der Schilddrüse? _____
- Bösartige Erkrankungen? _____
- Magen/Darm? _____
- Brustkrebs/Unterleibskrebs? _____
- Sonstige? _____

5. Medikamente, die Sie zurzeit regelmäßig einnehmen?

Name	Menge	Tägl.	Name	Menge	Tägl.

6. Allergien?

- Nicht bekannt
- Penicillin
- Röntgenkontrastmittel
- Andere Medikamente (bitte angeben) _____
- Andere Allergene (bitte angeben) _____

7. Röntgenuntersuchungen?

Jahr	Organ / Körperteil

MEDICAL CHECK-UP

Präventive Gesundheitsuntersuchung

Fragen zu Ihrer medizinischen Vorgeschichte

8. Besteht eine Schilddrüsenüberfunktion?

- Ja
- Nein
- Nicht bekannt

9. Nur für Frauen auszufüllen:

Geburten und Fehlgeburten?

Jahr	Normalgeburt	Kaiserschnitt	Fehlgeburt

Besteht eine Schwangerschaft?

- Ja
- Nein

Datum der letzten Menstruation (Periode): _____

10. Aktuelle Beschwerden?

11. Weitere Informationen, die Sie für wichtig halten:

Vielen Dank für Ihre Mühe!

Datum, Unterschrift



MEDICAL CHECK-UP

Präventive Gesundheitsuntersuchung

Aufnahmefragebogen

Um an Ihrem geplanten Untersuchungstag organisatorisch bedingte Verzögerungen zu vermeiden, bitten wir Sie, diesen Fragebogen auszufüllen und unterschrieben zurückzusenden.
Auf diese Weise können wir die Aufnahmeformalitäten bereits im Vorfeld für Sie erledigen.

Medical Check-up geplant am: _____

Name: _____

Vorname: _____

Titel: _____

Staatsangehörigkeit: _____

Geb.-Datum: _____

Straße/Haus-Nr.: _____

PLZ/Wohnort/Land: _____

Telefonnummer: _____

E- Mail: _____

Krankenkasse:

gesetzlich versichert welche: _____

privat versichert mit GOÄ welche: _____

Rechnungsempfänger: _____ Arbeitgeber Selbstzahler

(Bitte genauen Namen und Anschrift des **Rechnungsempfängers** angeben)

Vielen Dank für Ihre Mühe!

(Datum, Unterschrift)