



**MEDICAL CHECK-UP**

Präventive Gesundheitsuntersuchung

**Aufnahmefragebogen**

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 genau Namen und Anschrift des **Rechnungsempfängers**  
angeben)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Vielen Dank für Ihre Mühe!**

\_\_\_\_\_ (Datum, Unterschrift)

## Persönlicher Erhebungsbogen

## MEDICAL CHECK-UP

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 Fragen zu beantworten.**

**Schwere Erkrankungen in der Vergangenheit**

Jahr	Art der Erkrankung

**Operationen?**

Jahr	Art der Operation

**Chronische Erkrankungen?**

Seit wann	Art der Erkrankung

**Allergien?**

z.B. Kontrastmittel, Penicillin... _____
---

**Medikamente, die Sie regelmäßig einnehmen?**

Medikamentenname	Menge	Tägl.

**Weitere Informationen, die Sie für wichtig halten:**


**Familiengeschichte**

- Koronare Herzkrankheit/Herzinfarkt? \_\_\_\_\_
- Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus)? \_\_\_\_\_
- Erkrankungen der Niere? \_\_\_\_\_
- Erkrankungen der Schilddrüse? \_\_\_\_\_
- Bösartige Erkrankungen (Krebs)? \_\_\_\_\_
- Magen- und /oder Darmerkrankungen? \_\_\_\_\_
- Sonstige? \_\_\_\_\_

**Aktuelle Beschwerden**

---

---

---

---

---

---

---