

Fragebogen zur Gesundheitsvorsorge / Check-up

Alle Angaben sind freiwillig



Name: _____

Vorname: _____

Geb-datum: _____

Tel./Mobilnr: _____ (zur Aktualisierung unserer Daten)

Email: _____

**Bitte vorab
einreichen**

per E-Mail info@regiodocs.de

oder zur Blutentnahme
mitbringen

Aktuelle Größe: _____ cm Gewicht: _____ kg

Wie geht es Ihnen? Leiden Sie derzeit an neuen oder bekannten Beschwerden?

Gibt es besondere Anliegen, die Sie in der Gesundheitsvorsorge klären möchten?

Haben Sie in den letzten 4 Wochen folgende Symptome bemerkt: (zutreffendes ankreuzen)

Atemnot: Husten: Gewichtsabnahme:

Appetitminderung: Schlafstörungen: Schmerzen:

Andere Symptome: _____

Bestehen **persönliche Risikofaktoren**? Bitte kreuzen Sie an.

Nikotin: Ja: (Anzahl der Zigaretten pro Tag) _____ Nein:

Alkohol: regelmäßig (z.B. täglich 1 Bier) unregelmäßig: Nein:

Bewegen Sie sich mind. 1 Stunde pro Woche bewusst? Ja: Nein:

ab 50 LJ: Letzte Darmspiegelung? _____ **Frauen:** Letzte gyn. Untersuchung? _____

Bitte bringen Sie Ihren aktuellen Medikamentenplan mit, damit wir diesen gemeinsam durchgehen können.