

Name, Vorname		Geb. Dat.	
Beruf		Krankenkasse Sektion	
Strasse, Hausnummer	PLZ, Ort	Land	

Vor jedem Check-up ein Gespräch mit dem Arzt Zutreffendes bitte ankreuzen (oder mit Arzt besprechen) ! (Durch den Patienten auszufüllen)			
	Ja	Nein	Nähere Angaben
Warum wünschen Sie einen CHECK UP			
1a Existieren familiäre Risiken (bei Ihren Eltern oder Geschwistern) wie hoher Blutdruck , andere Herz- oder Gefässerkrankungen vor dem 65. Altersjahr, Zuckerkrankheit , Erbkrankheiten , Tumoren vorgekommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Antwort: Welche? Bei wem?
1b Sind Sie in letzter Zeit gesundheitliche Risiken eingegangen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.			Welche?
a) Bestehen bei Ihnen gegenwärtig gesundheitliche Störungen ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b) Ist Ihre Arbeitsfähigkeit eingeschränkt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Grund? Dauer?
c) Waren Sie in den letzten 5 Jahren krank ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wann? Weshalb?
d) Waren Sie viel auf Reisen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Welche Länder
3. Bestehen oder bestanden bei Ihnen jemals Krankheiten, Störungen oder Beschwerden?			Welche? Wie lange? Geheilt?
a) der Atmungsorgane wie Asthma, Bronchitis, Lungenentzündung, Lungentuberkulose oder andere?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) des Herzens oder der Blutgefässe , wie erhöhter Blutdruck, Durchblutungsstörung, Herzinfarkt, Herzfehler, Herzschwäche, Herzklopfen, Hirnschlag, Venenentzündung, Krampfadern oder andere?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) des Nervensystems oder der Psyche wie Depression, Epilepsie, Schwindel, Lähmungen, Nervenentzündungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) der Verdauungsorgane wie Magen- oder Darmgeschwüre bzw. Entzündungen, Blutungen, Hämorrhoiden, Gelbsucht, Erkrankungen der Leber, der Gallenblase, der Bauchspeicheldrüse oder andere?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) der Harn- oder Geschlechtsorgane , wie Nieren-, Harnleiter-, Blasen- oder Prostatakrankheit, Steinleiden, Blut- oder Eiweissausscheidung im Urin oder andere?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) des Stoffwechsels oder Blutes , wie Zuckerkrankheit, erhöhtes Cholesterin, Gicht, (Schild-) Drüsen- oder Hormonstörungen, Blutarmut, Gerinnungsstörungen oder andere?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) des Immunsystems oder Infektionskrankheiten , wie AIDS, HIV-Infektion, sexuell übertragbare Krankheiten, Hepatitis, Tropenkrankheiten oder andere?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) der Haut , wie Ekzem, Allergien, Psoriasis, Pilzkrankungen, Hautkrebs oder andere?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) des Bewegungsapparates (Knochen, Gelenke, Wirbelsäule, Bandscheiben, Muskeln, Bänder, Sehnen) wie Rücken-, Nacken- und Schulterbeschwerden, Arthrose, Rheuma oder andere?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) der Augen , wie Sehschwäche, Glaukom, Netzhauterkrankungen oder andere? wurde der Augendruck jemals Mal gemessen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Zutreffendes bitte ankreuzen! (Durch den Patienten auszufüllen)	Ja Nein	Nähere Angaben
k) des Gehörs , wie Schwerhörigkeit, Entzündungen oder andere? l) andere Krankheiten , Störungen oder Beschwerden nach denen oben nicht gefragt wurde (z.B. Geburtsgebrechen, Missbildungen, Geschwulst, Krebs, usw.)?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4. Für weibliche Personen: a) Letzte Periode wann? b) Letzte Brustuntersuchung wann? c) Haben Sie jemals eine Gynäkologische Erkrankung oder eine Krankheit der Brüste durchgemacht?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
5. Haben Sie Unfälle, Verletzungen erlitten, die einen Spitalaufenthalt oder operativen Eingriff erforderlich machten?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
6. a) Sind Sie in Krankenhäusern oder sonstigen ärztlich geleiteten Einrichtungen untersucht, behandelt oder operiert worden? b) c) Weitere Bemerkungen Ihrerseits:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
7. Wurden in den letzten 5 Jahren spezielle Untersuchungen durchgeführt wie Röntgen, Computer-, Kernspintomographie, Ultraschall, Echo-, Elektrokardiogramm, Elektrocephalogramm, Spiegelung oder andere?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
8. Wünschen Sie, dass ein AIDS-Test durchgeführt worden	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
9. a) Treiben Sie Sport ? wie fahren Sie zur Arbeit b) Rauchen Sie? c) Nehmen Sie Schmerz-, Schlaf-, Beruhigungsmittel oder andere Medikamente ein? d) Nehmen oder nahmen Sie je irgendwelche Rauschgifte (Drogen)?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
10. a) Welche(n) Arzt/Ärztin haben Sie zuletzt konsultiert? b) Haben Sie einen Hausarzt? Darf der Hausarzt über die Untersuchungsergebnisse orientiert werden? c) Welche(r) Arzt/Ärztin ist am besten über Ihre Gesundheitsverhältnisse informiert? d) Impfbüchlein vorhanden Ort, Datum Unterschrift	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> D Te (IPV) Grippe Impfung Masern weitere

Ärztliche Untersuchung - durch Dr.G.Heeb auszufüllen:

	Ja Nein	Nähere Angaben												
11 * a) Datum der Untersuchung b) Identifikation der Person durch	→ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input style="width: 150px; height: 20px;" type="text"/>												
12 *. a) Größe (ohne Schuhe) / Gewicht (ohne Kleidung) Bauchumfang		<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 60%; height: 20px;"></td> <td style="width: 20%; font-size: small;">cm</td> <td style="width: 20%; height: 20px;"></td> <td style="width: 20%; font-size: small;">kg</td> </tr> <tr> <td colspan="4" style="height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td colspan="4" style="text-align: center; font-size: small;">cm</td> </tr> </table>		cm		kg					cm			
	cm		kg											
cm														
13. Haut a) Liegt eine Krankheit der Haut vor (z.B. Ausschläge, Geschwüre, Geschwülste oder andere)? b) Bestehen Narben, verdächtige Naevi														
14. Atmungsorgane a) Besteht Heiserkeit? Husten? b) Sind Form und Wölbung des Brustkorbes abnorm? c) Sind die Ergebnisse von Perkussion und Auskultation abnorm? d) Sind andere Anzeichen für eine Erkrankung der Atmungsorgane vorhanden?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Seit wann? Ursache?												
15. Herz und Kreislauf a) Blutdruck, Pulsfrequenz Ist der Puls unregelmäßig? b) c) Ist der Herz-Spitzenstoß abnorm? d) Sind die Herztöne (Intensität, Spaltung) abnorm? e) Herzgeräusch? Systolisch? <input type="checkbox"/> Diastolisch? <input type="checkbox"/> Punktum maximum und Fortleitung? <input type="checkbox"/> f) Fehlen die Fußpulse oder sind sie abgeschwächt? g) Sind Gefäßgeräusche hörbar? h) Bestehen Insuffizienz- oder Dekompensationeserscheinungen (Atemnot, Cyanose, Ödeme)? i) j) Sind Varizen vorhanden?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Blutdruck : Systolisch.....Diastolisch..... Pulsschläge pro Minute (Bitte Messung wiederholen, wenn Wert über 140/90 mmHg) Beidseits?												

	Ja nein	Nähere Angaben
16. Verdauungsstörungen und Abdomen a) Zeigen Zunge, Mandeln, Mundschleimhaut oder Rachen etwas Abnormes? b) Ergeben Inspektion, Palpation und Perkussion des Bauches Auffälligkeiten? (Magen, Leber, Gallenblase, Aorta, Milz, Darm) c) Bestehen Anzeichen für eine Krankheit der Verdauungsorgane? d) Ist eine Hernie vorhanden?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
17. Harn- und Geschlechtsorgane a) Harnuntersuchung: Enthält der Urin Eiweiß? Enthält der Urin Zucker? b) Für männliche Personen: Besteht ein Verdacht auf Erkrankung der Harn- oder Geschlechtsorgane (Hoden, Nebenhoden, Prostata) c) Für weibliche Personen: Besteht ein Verdacht auf Erkrankung der Geschlechtsorgane oder auf krankhafte Veränderungen der Brüste?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
18. Nervensystem / Sinnesorgane a) Sind Anzeichen für eine Erkrankung der Sinnesorgane vorhanden, insbesondere Seh- oder Hörverminderung? b) Sind abnorme Reflexe (wie Pupillen-, Bauchdecken-, Patellar-, Achillessehnen-, Babinski? Vorhanden? c) Besteht Verdacht auf Störungen der Psyche oder des Nervensystems?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
19. Skelett / Bewegungsapparat a) Sind Deformitäten feststellbar? b) Bestehen Anzeichen für eine Erkrankung der Wirbelsäule? c) Bestehen Krankheiten der Muskeln, Gelenke oder Knochen?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
20. Sonstiges a) Sind vergrößerte Lymphknoten feststellbar? b) Besteht eine Vergrößerung oder Veränderung der Schilddrüse? c) Bestehen Anzeichen für hormonelle Störungen (z.B. Nebennieren, Gonaden, Schilddrüse)? d) Wurden sonstige krankhafte Befunde erhoben?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
21. a) Besteht Verdacht auf Alkohol-, Nikotin-, Medikamentenabusus oder Drogenkonsum? b) Liegt in der Beschäftigung oder der Lebensweise der untersuchten Person Gesundheitsschädigendes? c) Sind Ihnen weitere Risikofaktoren bekannt? d) Wurden weitere Maßnahmen veranlasst oder empfohlen (Nachkontrolle, Abklärung, Therapie, Lebensweise)?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
22. Schlussbeurteilung/Bemerkungen		
23. Ort Datum der Untersuchung		

24. Procedere nach Untersuchung

Ihre Befunde

Labor

Blut

CRP Haem Chol BZ Krea Ot Pt G GT
HIV
Urinstatus

weitere

PSA

weitere

EKG

Lungenfunktion

Röntgen

Thorax rö

Ultraschall

Impfbüchlein

Weitere

Augendruckmessung AT
Belastungs EKG
Mammographie
Hämocult
Colonoskopie

Densitometrie

Ernährungsberatung

25. **Gespräch** / Beratung / Facit nach Erhalt der weiterführenden Befunde (2.Konsultation)