



Prevention Center Medical Check-up

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 Unterstützung!

(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
