



Dr. Juliane Heimer
PRAXIS FÜR ALLGEMEINMEDIZIN

Check-up-35

Werte Patient*innen,

um eine noch bessere Vorsorgeuntersuchung für Sie zu ermöglichen, bitten wir Sie, dieses Formular möglichst vollständig auszufüllen.

Vorname		Nachname	
Geburtsdatum			
Straße		PLZ	
Ort			
Telefonnummern		E-Mail	
Beruf			

Größe	
Gewicht	

Patientenverfügung/Vorsorgevollmacht vorhanden? ☐ ja ☐ nein

Falls nein, wünschen Sie eine Beratung hierzu? ☐ ja ☐ nein

häusliche Versorgung:	
Kontaktpersonen:	
Pflegegrad:	

Welche anderen Fachärzte besuchen Sie regelmäßig?

Familienanamnese – sind in Ihrer Familie folgende Erkrankungen bekannt?

Bluthochdruck	☐ nein	☐ ja	
Diabetes Mellitus	☐ nein	☐ ja	
Herzerkrankung/-infarkt	☐ nein	☐ ja:	
Krebserkrankungen	☐ nein	☐ ja:	
Schlaganfall	☐ nein	☐ ja	
Thrombose	☐ nein	☐ ja	

Bestehen Allergien gegen Medikamente?	☐ nein	☐ ja:	
Weitere Allergien bekannt?	☐ nein	☐ ja:	
Rauchen Sie? Falls ja, wieviel?	☐ nein	☐ ja:	
Trinken Sie Alkohol? Falls ja, wieviel?	☐ nein	☐ ja:	
Nehmen Sie Drogen?	☐ nein	☐ ja	
Treiben Sie Sport? Falls ja, wann und wie oft?	☐ nein	☐ ja:	

Bitte geben Sie im folgenden Ihre Vorerkrankungen an.

Augenerkrankung	☐ nein	☐ ja:		Bluthochdruck	☐ nein	☐ ja
Bluterkrankung	☐ nein	☐ ja:		Diabetes Mellitus	☐ nein	☐ ja
Chronische Infektionen	☐ nein	☐ ja:		Epilepsie	☐ nein	☐ ja
Durchblutungsstörungen	☐ nein	☐ ja:		Fettstoffwechselstörung	☐ nein	☐ ja
Hauterkrankung	☐ nein	☐ ja:		Gicht	☐ nein	☐ ja
Herzerkrankung/-infarkt	☐ nein	☐ ja:		Migräne	☐ nein	☐ ja
Lebererkrankung	☐ nein	☐ ja:		Neurologische Erkrankungen	☐ nein	☐ ja
Lungenerkrankung	☐ nein	☐ ja:		Osteoporose	☐ nein	☐ ja
Magen-/Darmerkrankung	☐ nein	☐ ja:		Rheuma	☐ nein	☐ ja
Nierenerkrankung	☐ nein	☐ ja:		Schlafapnoe	☐ nein	☐ ja
Operationen	☐ nein	☐ ja:		Schlaganfall	☐ nein	☐ ja
Psychische Erkrankung	☐ nein	☐ ja:		Thrombose/Embolien	☐ nein	☐ ja
Schilddrüsenerkrankung	☐ nein	☐ ja:		Therapie mit Blutverdünnern	☐ nein	☐ ja
Tumorerkrankung	☐ nein	☐ ja:				
Unfälle	☐ nein	☐ ja:				
Weitere	☐ nein	☐ ja:				

Bitte geben Sie Ihre aktuelle Beschwerden an:

Verdauungsbeschwerden/Sodbrennen	
Beschwerden beim Stuhlgang	
Beschwerden beim Wasserlassen	
nächtliches gehäuftes Wasserlassen	
Gewichtsabnahme (unfreiwillig)	
nächtliches Schwitzen	
unklares Fieber	
häufig Sonnenbrand	
Schwindel	
Wasser in den Beinen	
Luft-/Atemnot (wenn ja: in Ruhe oder Belastung?)	

Wurden folgende Untersuchungen bei Ihnen bereits durchgeführt? Wenn ja, wann?

Darmspiegelung	☐ nein	☐ ja:	
Hautkrebsscreening	☐ nein	☐ ja:	
Herzkatheter	☐ nein	☐ ja:	

Nehmen Sie regelmäßig gynäkologische/urologische Untersuchungen wahr? ☐ nein ☐ ja

Bitte bringen Sie Ihren vollständigen Medikamentenplan und Impfausweis mit.