

Bitte erst 1-2 Tage vor der Untersuchung ausfüllen!

Name:
 Datum:

Check-up ab 70 Jahre

Lieber Patient, liebe Patientin,
 manche Fragen, die wir anlässlich Ihres Arztbesuches stellen, kommen für Sie vielleicht überraschend. Aus diesem Grund bitten wir Sie, sich einige Antworten schon vorher zu überlegen. Dieser Fragebogen soll das ärztliche Gespräch vorbereiten, aber nicht ersetzen. Bitte beantworten Sie möglichst jede Frage.

Die Angaben auf den Fragebögen sind freiwillig. Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Ich fühle mich zur Zeit sehr gut (); gut (); nicht so gut (); schlecht (); sehr schlecht ()

	Ja	Nein																				
<u>Aktuelle Beschwerden (bitte ankreuzen)</u>																						
Trifft für Sie der Satz zu: Ich kann im Alltag nicht mehr alles tun, was ich vor einem Jahr noch konnte?																						
Stimmt für Sie der Satz: Ich bewege mich täglich weniger als 30 Minuten (z.B. Spazieren gehen, Sport, Radfahren)?																						
Habe Sie Probleme mit der Luft?																						
Rauchen Sie?																						
Wenn ja, was? (z.B. Zigarette, Zigarre...) _____																						
Fühlen Sie sich beim Gehen unsicher? Oder sind Sie in letzter Zeit gestürzt?																						
Fühlen Sie sich häufig erschöpft oder müde?																						
Haben Sie Schwierigkeiten mit dem Schlaf?																						
Haben Sie oder Ihre Angehörigen den Eindruck, dass Ihr Gedächtnis nicht mehr so gut funktioniert?																						
Haben Sie das Gefühl, dass Ihre Augen Sie im Stich lassen?																						
Haben Sie Probleme mit dem Hören?																						
Haben Sie Probleme mit dem Wasserlassen/das Wasser zu halten?																						
Haben Sie Probleme mit der Verdauung?																						
Haben Sie Schwierigkeiten mit dem Kauen?																						
Leiden Sie dauerhaft unter Schmerzen?																						
Haben Sie sich schonmal gesagt, Sie sollten weniger Alkohol trinken?																						
Wie viel Alkohol trinken Sie?																						
<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>täglich</th> <th>wöchentlich</th> <th>selten</th> <th>nie</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Bier</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Wein</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Spirituosen</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		täglich	wöchentlich	selten	nie	Bier					Wein					Spirituosen						
	täglich	wöchentlich	selten	nie																		
Bier																						
Wein																						
Spirituosen																						

Nehmen Sie regelmäßig frei verkäufliche Medikamente/Vitamine ein oder Solche, die andere Ärzte oder Heilpraktiker Ihnen verschrieben haben?
 Welche _____

Seite 2:

Name: _____

Ja Nein

Sind Sie unsicher bei der Einnahme Ihrer Medikamente?		
Fehlen Ihnen Menschen, auf deren Hilfe Sie zählen können?		
Haben Sie ernsthafte Probleme mit Ihrer Lebenssituation, mit Ihrem Lebenspartner/-in oder mit Ihren Kindern?		
Haben Sie ernsthafte finanzielle Sorgen?		
Haben Sie sich im letzten Monat häufig niedergeschlagen, traurig, bedrückt oder hoffnungslos gefühlt?		
Hatten Sie im letzten Monat deutlich weniger Lust und Freude an Dingen, die Sie sonst gerne tun?		
Pflegen Sie jemanden regelmäßig?		
Brauchen Sie Beratung zum Thema Pflegegrad oder Grad der Behinderung oder über Hilfsmittel (Rollator, Greifzange, Toilettensitz-Erhöhung etc.)?		
Sind Sie durch die Zuzahlungen bei Medikamenten finanziell belastet?		
Haben Sie eine Vorsorgevollmacht und einen Patientenverfügung?		
Haben Sie einen Organspendeausweis? Möchten Sie mit uns über eine Patientenverfügung, Organspende sprechen?		
Nehmen Sie an der Darmkrebsvorsorge teil? (Darmspiegelung oder Stuhltest)		
Wenn Ja, wann hat diese zuletzt stattgefunden?		
Wird das Hautkrebsscreening bei einem Hautarzt durchgeführt?		
Wenn Ja, wann hat dieses zuletzt stattgefunden?		
Sind Ihnen Veränderungen Ihrer Haut aufgefallen?		
Sind oder waren Sie durch Ihr Freizeitverhalten (sonnen im Urlaub, Solarium usw.) oder Ihren Beruf mehr als andere Menschen der Sonne ausgesetzt (gewesen)?		
Für Frauen: Gehen Sie regelmäßig zur gynäkologischen Untersuchung?		
Gibt es noch ein weiteres Problem, das wir bislang nicht angesprochen haben? Oder gibt es Dinge, zu denen Sie noch Fragen haben?		

Ergänzung zum Gesundheits-Check up der gesetzlichen Krankenkassen als Individuelle Gesundheitsleistung

Die gesetzlichen Krankenkassen versichern die „notwendigen und ausreichenden“ Untersuchungs- und Behandlungsmaßnahmen, d.h., Sie erhalten jede notwendige Untersuchung oder Behandlung, auch sehr kostenintensive Maßnahmen.

Nicht versichert sind aber solche Leistungen, die vielleicht angenehm und nützlich, nicht aber „notwendig“ sind.

Die „Individuellen Gesundheitsleistungen“ schließen diese Lücke.

Der Gesundheits-Check wurde eingeführt, um bei Versicherten, die nicht krank sind oder sich nicht krank fühlen, Risikofaktoren aufzudecken und günstig zu beeinflussen, bevor es zu Folgen kommt. Gleichzeitig sollten noch nicht erkannte Krankheiten früh entdeckt werden.

Aus finanziellen Gründen musste man sich aber auf wenige Risikofaktoren beschränken.

Der Gesundheits-Check der Krankenkassen umfasst:

- die Erhebung der früheren und jetzigen Krankheitsvorgeschichte einschließlich Risikofaktoren in der Familie

- eine Ganzkörperuntersuchung

- Messung des Blutdruckes, Pulses, Gewichtes und Größe

- eine Untersuchung des Urins

- eine Blutuntersuchung auf Zucker, Cholesterin, LDL, HDL und Triglyceride

- eine Erweiterung des Untersuchungsprogramms aus medizinischen Gründen ist möglich, wenn Krankheiten entdeckt wurden und abgeklärt werden müssen.

Um ggf. darüber hinaus gehende Gesundheitsstörungen frühzeitig erkennen und behandeln zu können, empfehlen wir eine Ergänzung dieses Vorsorgeprogramms um folgende Punkte:

☐	Erweiterung der Blutuntersuchung	(s. Rückseite)		
☐	Stuhluntersuchung auf Blut	(sh. Rückseite)		
☐	Belastungs-EKG	(652	1,928-fach	EUR 50,00)
☐	Ultraschalluntersuchung Bauch, Nieren	(410 2,3fach+420x3	2,373-fach	EUR 60,00)
☐	Ultraschalluntersuchung Schilddrüse	(417	2,3-fach	EUR 25,00)

Die Liquidation erfolgt nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ 1996)

Erklärung des Patienten:

Ich wünsche die Durchführung des Gesundheits-Check gemäß dem obigen Vorschlag.
Mir ist bekannt, dass ich die Individuellen Gesundheitsleistungen selbst bezahlen muss.
Für die Zusendung von Rechnungen fällt die aktuell gültige Portogebühr an.

Name: Vorname:

Hude,
Unterschrift

Name:

Vorname:

Geb. Datum:

() **Großer Blutstatus** Komplettpreis € 38,--

Blutbild mit Differentialblutbild

Stoffwechsel: Blutzucker, Harnsäure, Eisen, Harnstoff

Niere: Kreatinin, Creatinkinase

Leber: GPT, y-GT, GOT, Alkalische Phosphatase, Gesamt-Bilirubin

Blutsalze: Kalium, Calcium, Natrium

Gesamt-Cholesterin, Triglyceride, HDL (gutes Cholesterin), LDL

() **Kleiner Blutstatus** Komplettpreis € 13,--

Blutbild mit Differentialblutbild

Stoffwechsel: Blutzucker

Niere: Kreatinin

Leber: y-GT

() **Fettprofil außerhalb des Check-up:** Komplettpreis € 8,--

Gesamt-Cholesterin, Triglyceride, HDL (gutes Cholesterin), LDL

() **Schilddrüsenfunktion auf IGeL-Bogen(Suchtest)**
Rechnung wird durch das Labor zugestellt Preis ca. € 17,--

() **Kosten für eine Blutentnahme außerhalb des großen, mittleren und kleinen Blutstatus sowie des Fettprofils (GOÄ 250-1)** Preis € 16,08

() **Untersuchung auf Blut im Stuhl (iFOBT)**
Die Krankenkasse übernimmt die Kosten für diesen Test nur alle zwei Jahre bei Patienten ab dem 50. Lebensjahr – darüber hinaus durchgeführte Tests müssen selber übernommen werden
Rechnung wird durch das Labor zugestellt Preis ca. € 12,--

Ich beauftrage die „Hausarztpraxis An der Weide“, für mich die oben markierten Laborwerte als Individuelle Gesundheitsleistung bestimmen zu lassen.

Die Bezahlung richtet sich nach der Gebührenordnung für Ärzte (1996).

Es ist mir bekannt, dass diese Leistungen von mir zu honorieren sind.

Hude,
Unterschrift

Quittung: € für angeforderte Leistungen dankend erhalten.

Hude,

Behandlungsvertrag / Terminvereinbarung

Zwischen: Hausarztpraxis An der Weide – nachfolgend „Praxis“ genannt –

Und: _____ – nachfolgend „Patient“ genannt –

§ 1 Vertragsgegenstand und Terminservice

Die Praxis wird als Bestellpraxis geführt. Dies bedeutet, dass die vereinbarte Zeit ausschließlich für den Patienten reserviert ist. Hierdurch werden Wartezeiten für den Patienten minimiert und ein reibungsloser Ablauf der Untersuchung (z. B. Check-up) gewährleistet.

§ 2 Absagefrist

Vereinbarte Termine sind verbindlich. Sollte der Patient einen Termin nicht wahrnehmen können, muss dieser spätestens **24 Stunden vor dem Termin** (werktags) abgesagt werden. Die Absage kann telefonisch, per E-Mail oder persönlich erfolgen.

§ 3 Ausfallhonorar

Erfolgt die Absage nicht rechtzeitig oder erscheint der Patient ohne vorherige Absage nicht zum Termin, ist die Praxis berechtigt, ein Ausfallhonorar für die ungenutzte Zeit in Rechnung zu stellen.

- **Gegenstand:** Check-up / Führerscheinuntersuchung/ Jugendschutzuntersuchung
- **Zeitaufwand:** ca. 30 Minuten
- **Pauschaler Schadensersatz:** 30€
- **Hinweis:** Das Honorar entfällt, wenn der Patient unverschuldet an der rechtzeitigen Absage oder dem Erscheinen gehindert war (z. B. akuter Notfall, nachzuweisende plötzliche Erkrankung).

§ 4 Nachweis des Verdienstauffalls

Dem Patienten bleibt der Nachweis vorbehalten, dass der Praxis kein oder ein wesentlich geringerer Schaden entstanden ist (z. B. weil ein anderer Patient von der Warteliste kurzfristig behandelt werden konnte).

Einverständniserklärung

Ich habe die oben genannten Bedingungen zur Terminvereinbarung und zur Ausfallgebühr gelesen und erkläre mich mit meiner Unterschrift damit einverstanden.

Ort, Datum: _____

Unterschrift Patient: _____