

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 für privat versicherte Patienten

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 hat man sich auf wenige Risikofaktoren beschränkt.

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

Wir empfehlen eine Ergänzung dieses Vorsorgeprogramms um folgende Punkte:

- | | | |
|-----|---------------------------------------|----------------|
| () | Erweiterung der Blutuntersuchung | (s. Rückseite) |
| () | Stuhluntersuchung auf Blut | A3747 |
| () | EKG | 651 |
| () | Belastungs - EKG vor Aufnahme Sport | 652 |
| () | Lungenfunktion | 605-605a |
| () | Ultraschalluntersuchung Bauch, Nieren | 410+420x3 |
| () | Ultraschalluntersuchung Schilddrüse | 417 |

Eine Erweiterung ist selbstverständlich möglich.

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

Erklärung des Patienten:

Ich wünsche die Durchführung des Gesundheits-Check gemäß obigem Vorschlag.

Name:

Vorname:

Hude,

.....

Unterschrift

Name:

Vorname:

Geb. Datum:

() **Großer Blutstatus plus**
Großer Blutstatus + Fettprofil

() **Großer Blutstatus**
Blutbild mit Differentialblutbild, Blutsenkung
Stoffwechsel: Blutzucker, Harnsäure, Cholesterin, Triglyceride
Niere: Kreatinin, Harnstoff
Leber: Gesamt-Bilirubin, Gesamt-Eiweiß, GOT, GPT, y-GT, Alkalische Phosphatase, LDH
Blutsalze: Eisen, Kalium, Calcium, Natrium

() **Mittlerer Blutstatus**
Blutbild mit Differentialblutbild, Blutsenkung
Stoffwechsel: Blutzucker, Harnsäure, Cholesterin, Triglyceride
Niere: Kreatinin,
Leber: GPT, y-GT, Alkalische Phosphatase
Blutsalze: Kalium, Calcium, Natrium

() **Kleiner Blutstatus**
Blutbild ohne Differentialblutbild, Blutsenkung
Stoffwechsel: Blutzucker, Harnsäure, Cholesterin,
Niere: Kreatinin
Leber: y-GT,

() **Fettprofil:**
Gesamt-Cholesterin, Triglyceride, HDL (gutes Cholesterin), LDL

() **Schilddrüsenfunktion** (Suchtest) Rechnung vom Laborarzt

() **PSA** (Prostata-spezifisches Antigen: als Krebs-Suchtest umstritten, sinnvoll bei bekanntem Prostata-Krebs zur Verlaufskontrolle) Rechnung vom Laborarzt

Bei weiteren speziellen Werten erhalten Sie eine Rechnung direkt durch den Laborarzt (z.B. CRP, BSG, Vitamin D)