



Individuelle Gesundheitsziele für _____

318d

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Sie haben einen Termin zur Gesundheitsuntersuchung vereinbart. Neben der Durchführung verschiedener Laboruntersuchungen (Blutzucker- und Cholesterinspiegel, Urinstatus und ggf. Stuhluntersuchung auf Blut), der Bestimmung von Größe und Gewicht und der körperlichen Untersuchung ist die Erhebung der persönlichen Vorgeschichte (Anamnese) von großer Bedeutung zur Erfassung eines gesundheitlichen Risikos. - Falls Sie ergänzende Laboruntersuchungen wünschen, sprechen Sie unser Praxisteam einfach an.
Bitte füllen Sie diesen Fragebogen in Ruhe vor der anstehenden Gesundheitsuntersuchung aus und bringen Sie ihn zur Untersuchung mit, damit wir gezielt auf Ihre aktuellen Gesundheitsprobleme eingehen können!

Ich bin Raucher Nein JA: Ich rauche mehr als 5 Zigaretten / Tag JA NEIN

Ich trinke regelmäßig Alkohol JA NEIN

Ich stehe dauerhaft unter Stress JA NEIN

Ich leide unter Bewegungsmangel JA NEIN

Welche Ziele haben Sie sich für Ihre Gesundheit gesetzt?

- Diabetes mellitus Typ 2. Erkrankungsrisiko senken, Erkrankte früh erkennen und behandeln
- Verhinderung von Brustkrebs Verhinderung von Prostatakrebs
- Verhinderung von Hautkrebs Verhinderung von Darmkrebs
- Tabakkonsum reduzieren Alkoholkonsum reduzieren
- Übergewicht reduzieren Gesund älter werden
- Gesund leben: weniger Stress Gesund leben: mehr Bewegung
- Gesund leben: bessere Ernährung
- Gesundheitliche Kompetenz erhöhen, Souveränität der Patientinnen und Patienten stärken
- Depressive Erkrankungen: verhindern, früh erkennen, nachhaltig behandeln

Wir begleiten Sie gerne auf dem Weg in eine gesunde Zukunft und wünschen Ihnen viel Erfolg!

Bitte überprüfen Sie kurz Ihre Daten, herzlichen Dank im Voraus!

Name _____ Vorname _____ Alter _____

Adresse (falls seit letzter Untersuchung geändert) _____

Größe _____ Gewicht _____ Beruf _____

Telefon _____ Mobil _____

Email _____

BITTE WENDEN!

Erfolgten seit der letzten Vorsorge Untersuchungen durch Röntgen / CT / MRT? Falls ja: Wann & Was?

Welche (auch frei verkäuflichen!) Medikamente / Nahrungsergänzungsmittel nehmen Sie regelmäßig oder gelegentlich ein (Präparat & Dosierung)?

Bitte bringen Sie zur Überprüfung Ihres Impfstatus auch Ihren Impfausweis mit!

Terminservice

Wir bieten Ihnen als kostenlosen Service an, Sie an Termine zu erinnern. Falls gewünscht, füllen Sie bitte die folgende Einverständniserklärung aus:

Ihr Praxisteam

Dr. Pukies Dr. Schöfmann

Einverständniserklärung des Patienten zur Erinnerung („Recall“) an

- von den gesetzlichen Krankenkassen angebotene Früherkennungsuntersuchungen
- zusätzliche Vorsorge im jährlichen Abstand
- Impfungen, die von den gesetzlichen Krankenkassen angeboten werden
- vereinbarte Termine

auf folgendem Weg: E-Mail Telefon SMS

Hiermit stimme ich zu, dass mich mein Arzt an die oben aufgeführten Früherkennungsuntersuchungen und Impfungen erinnern kann. Diese Einverständniserklärung kann mündlich oder schriftlich gegenüber der Praxis jederzeit widerrufen werden.

Neuss, _____

Unterschrift _____