



Praxis für
Körper und Seele

Sehr geehrte(r) Patient(in)!
Im Rahmen der von Ihnen gewünschten Gesundheitsuntersuchung möchten wir Sie vorab um einige Informationen bitten! Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an! Bitte bringen Sie Ihren Impfausweis mit! HERZLICHEN DANK!

Patient:
Geb. am:
Alter:
Datum:

Körpergröße: **Gewicht:**

ALLGEMEIN:

- Appetitlosigkeit
- Ungewollter Gewichtsverlust, Kilo: ___
- Unklare Fieberschübe
- Ungewohnter Nachtschweiß
- Lymphknotenvergrößerungen
- Schnarchen **mit** Tagesmüdigkeit
- Regelmäßig Alkohol
- Rauchen, Zigaretten/ Tag: ___

NERVEN/ GEHIRN

- Schwindel o Fallneigung
- Kopfschmerzen
- Gefühlsstörungen, Lähmungen
- Sprachschwierigkeiten,
- Sehstörungen

HERZ/ KREISLAUF/ ATMUNG

- Schmerzen über der Brust
- Herzstolpern, Herzrasen
- Geschwollene Beine
- Beinschmerzen beim Gehen
- Vermehrt Husten und Auswurf
- Luftnot in Ruhe
- Luftnot bei Belastung
- Gibt es Herzinfarkte in der Familie?

NIERE/ HARNBLASE

- Brennen beim Wasserlassen
- Vermehrtes nächtliches Wasserlassen; Häufigkeit: ___
- Blut im Urin
- Nierenkoliken
- Probleme beim Wasserlassen 0 Wasserhalten 0
- Erektionsstörungen

VERDAUUNG:

- Stuhlunregelmäßigkeiten (Durchfall, Verstopfung)
- Schwarze Stuhlfarbe
- Blut im Stuhl
- Sodbrennen/ Völlegefühl
- Schmerzen im Bauchraum
- Gibt es Darmkrebs in der Familie?

BEWEGUNGSAPPARAT:

- Morgendliche Gelenkschmerzen
- Gelenkschwellungen
- Durchgemachter Gichtanfall
- Belastungsabhängige Gelenkschmerzen
- Nächtliche Wadenkrämpfe

ALLERGIEN/ UNVERTRÄGLICHKEITEN:

- Bekannt
- Welche: _____

Viele Untersuchungen zur **Gesundheitsvorsorge und Früherkennung** werden wie unten angegeben von der Krankenkasse bezahlt, weil unser kassenärztliches Leistungsspektrum aber nicht alle sinnvollen Maßnahmen zur optimalen Vorsorge, Diagnostik und Behandlung vollständig abbildet, bieten wir Ihnen zusätzlich Wunschleistungen bzw. sogenannte Individuelle Gesundheits-Leistungen (IGeL) an. Diese ärztlichen Wunschleistungen sind nicht Teil des Leistungskatalogs der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Sie stellen eine Ergänzung zur Regelversorgung durch die Krankenkassen und eine ganz persönliche Investition in die eigene Gesundheit dar. Das Honorar orientiert sich an der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ). Wir möchten Ihnen vorab möglichst viele Informationen an die Hand geben. Bestehen Fragen, sprechen sie uns an! Ihr Praxisteam!

Hautkrebscreening: ab dem 35. Lebensjahr, Krankenkassenleistung

Ich wünsche ein kostenloses Hautkrebscreening Ja Nein

Darmkrebsfrüherkennung: ab dem 50. Lebensjahr, teils Krankenkassenleistung

Ab dem 50. Lebensjahr ist eine Untersuchung auf Blut im Stuhl angeraten.
Ich wünsche einen kostenlosen Test auf Blut im Stuhl Ja Nein

Darmkrebsfrüherkennung: ab dem 55. Lebensjahr, Krankenkassenleistung

Eine Dickdarmspiegelung ist generell ab dem 55 Lebensjahr angeraten, ggfs. früher bei familiärer Belastung mit Dickdarmkrebs. Die Darmspiegelung ist kostenlos.

Dickdarmspiegelung durchgeführt? Ja Nein
Wann? _____ Wiederholung angeraten? Ja Nein

Früherkennungsuntersuchung für Frauen beim Gynäkologen

Ich bin in regelmäßiger gynäkologischer Betreuung Ja Nein
Mammographiescreening Ja Nein

Prostatakrebs: Männer, empfohlen ab 45 Jahren

Prostatakrebs ist in Deutschland die zweithäufigste Krebstodesursache bei Männern. Wir empfehlen die Kombination aus der Prostatastuntersuchung und die Bestimmung des PSA-Wertes.

Ich wünsche die kostenlose Tastuntersuchung der Prostata Ja Nein

Die Abtastung kann aber nur auf dem Darm zugewandten Seite Knoten erkennen. Aus diesem Grund ist der Bluttest auf PSA sinnvoll. PSA ist die Abkürzung für »prostataspezifisches Antigen«. Es handelt sich hierbei um ein Eiweiß, das von den Zellen der Prostata gebildet wird und im Blut nachweisbar ist. Mit der PSA-Bestimmung lassen sich im Labor doppelt so viele Karzinome entdecken, wie es mit einer alleinigen Abtastung der Prostata möglich ist. Studienlage: Lassen sich Männer im Alter zwischen 55 und 69 Jahren regelmäßig mit einem Bluttest auf Prostatakrebs untersuchen, sinkt ihre Wahrscheinlichkeit, an dieser langsam wachsenden Krebsform zu versterben, um 20%. Dies ist das Ergebnis einer großen europäischen Studie. Entgegen steht eine Überdiagnostizierung und Übertherapie dieser Krebsart.

Ich wünsche die Bestimmung des PSA-Wertes, Kosten 35,02€ (Beratung, Blutabnahme, Laborwert) Ja

Urologische Betreuung? : Arzt: _____

Herzuntersuchung, Herzinfarktscreening, Sportuntersuchung, IGeL

Sie haben keine Symptome, die auf eine Herzerkrankung deuten , möchten aber nach langer Zeit wieder Sport treiben oder sich körperlich belasten und besitzen weitere Risikofaktoren wie Hypertonie, Diabetes, Rauchen , Hypercholesterinämie, so kann die Untersuchung des Herzens im Ultraschall Aufschlüsse über die Pumpfunktion ggfs. mit Hinweisen auf das Vorliegen einer Mangel durchblutung der Herzmuskulatur (Herzinfarkttrisiko), Herzklappenlecks, etc. geben. Das Belastungs-EKG kann ebenfalls Aufschlüsse über die Durchblutung des Herzmuskels, Herzrhythmusstörungen unter Belastung etc. geben.

Ich wünsche die Ultraschalluntersuchung des Herzens, Kosten 52,46€ Ja
Ich wünsche ein Belastungs-EKG, Kosten 25,94€ Ja

Untersuchung der hirnzuleitenden Gefäße (Karotiden), Schlaganfallvorsorgeuntersuchung, IGeL

Sie haben keine Symptome die auf einen Schlaganfall deuten, besitzen aber Risikofaktoren wie Hypertonie, KHK, AVK, Diabetes, Rauchen etc. , so kann die Untersuchung der hirnzuleitenden Gefäße mögliche Verkalkungen , Verengungen aufzeigen, die ggfs. zu einem Schlaganfall führen können.

Ich wünsche eine Untersuchung der Karotiden, Kosten 49,55€ Ja


Dürfen wir Sie (ggfs. postalisch, tel, email, sms) auf ihre nächste Gesundheitsuntersuchung/ Impfungen hinweisen? ja nein email: _____ Handy: _____

Datum: _____ Patientenunterschrift: _____

Vom Arzt /Team auszufüllen:

<input type="checkbox"/> Coloberatung	<input type="checkbox"/> LUFU	<input type="checkbox"/> Gedächtnistest	IMPFSTATUS gepr. <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
<input type="checkbox"/> IFOBT	<input type="checkbox"/> EKG	<input type="checkbox"/> Allergietest	
<input type="checkbox"/> Hautscreening	<input type="checkbox"/> Bel-EKG	<input type="checkbox"/> Echo	Auffälligkeiten KU: <input type="radio"/> ohne Befund
<input type="checkbox"/> PSA	<input type="checkbox"/> LZ-RR	<input type="checkbox"/> Duplex Karotis	
<input type="checkbox"/> Impfen	<input type="checkbox"/> LZ-EKG	<input type="checkbox"/> Diabetikerschulung	
<input type="checkbox"/> männl. Krebsvorso.	<input type="checkbox"/> Überweisung	<input type="checkbox"/> Blut	ARZT:
BLUT:			

Ab 60 Jahren bitte ankreuzen:

Frage mit ja oder nein per Kreuz beantworten	Ja	nein
 Check up 60 plus		
1. Sie Sie auffällig oft schwunglos und / oder ständig müde, ohne dass Ihr Berufs- oder Privatleben dafür verantwortlich ist?		
2. Haben Sie oder Ihre Angehörigen den Eindruck, dass Sie im Alltag zunehmend Dinge vergessen oder Ihnen alltägliche Dinge nicht mehr leicht von der Hand gehen?		
3. Leiden Sie unter chronischem Husten, Atemnot, Schmerzen und / oder Auswurf beim Atmen?		
4. Hat sich Ihre Körpergröße deutlich (mehr als 10 cm) verringert?		
5. Sind Sie höchstens eine Stunde körperlich aktiv?		
6. Nehmen Sie regelmäßig mehr als 5 verordnete und/ oder selbst gekaufte Medikamente und/ oder außerhalb der Apotheke gekaufte Mittel (Bsp. Vitaminpräparate) ein? Dazu zählen auch Medikamente/Mittel, die Ihnen andere Ärzte oder andere Behandler verschrieben / empfohlen habe?		
7. Haben Sie Probleme, Ihre Blase zu entleeren oder das Entleeren zu kontrollieren?		
8. Leiden Sie seit mehreren Wochen unter Interessenlosigkeit / und oder Freudlosigkeit, fehlendem Selbstvertrauen, starken Schuldgefühlen, negativen Zukunftsgedanken?		
9. Leiden/ litten Ihre Eltern und / oder Geschwister an Diabetes und / oder haben Sie in letzter Zeit verstärkt Durst mit vermehrtem Harndrang?		
10. Haben Sie weitere Symptome, die Ihnen in der Vergangenheit aufgefallen sind, über die Sie aber noch nicht bei einem Arztbesuch gesprochen haben?		
	Gesamtpunktzahl	100
Ich benötige Hilfe ,beim Essen z.B. beim Schneiden		- 5
Ich benötige ständig Hilfe beim Essen		-10
Ich benötige Hilfe beim Baden und Duschen		-5
Ich benötige Hilfe beim Gesichtswaschen, rasieren , schminken oder Zähne putzen		-5
Ich bin hilfsbedürftig beim Ankleiden, kleide mich aber teilweise selbst an/aus		-5
Ich benötig komplett Hilfe beim Ankleiden		-10
Ich habe teilweise keine Kontrolle über meinen Stuhlgang		-5
Ich bin stuhlinkontinent		-10
Ich bin teilweise urininkontinent		-5
Ich bin urininkontinent		-10
Ich benötige Hilfe beim Toiletengang für z.B. Gleichgewicht, Kleidung anziehen Toilettenpapier		-5
Ich kann nicht auf Toilette/Nachtstuhl		-10
Ich benötige nur etwas Hilfe beim Zubettgehen		-10
Ich kann sitzen, brauche aber Hilfe für den Transfer ins Bett		-5
Ich bin bettlägerig		-15
Ich kann mindestens 50 m Gehen, jedoch mit Unterstützung		-10
<u>Für Rollstuhlfahrer:</u> unabhängig für mindestens 50 m		-5
Ich kann mich nicht 50 m fortbewegen		-15
Ich benötige Hilfe oder Supervision beim Treppensteigen		-5
Ich kann keine Treppen steigen		-10
Erreichte Gesamtpunktzahl (max. 100)		