



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: \_\_\_\_\_ Jahre  
Datum: \_\_\_\_\_

Körpergröße: \_\_\_\_\_ Gewicht: \_\_\_\_\_  
Handy-Nr.: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_  
Beruf: \_\_\_\_\_ Grad der Behinderung: \_\_\_\_\_  
Pflegestufe: \_\_\_\_\_  
Organspender/in: Ja  Nein

**ALLGEMEIN:**

- Appetitlosigkeit
- Ungewollter Gewichtsverlust
- Unklare Fieberschübe
- Ungewohnter Nachtschweiß
- Lymphknotenvergrößerungen
- Schnarchen **mit** Tagesmüdigkeit
- Regelmäßig Alkohol
- Rauchen

**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?

**VERDAUUNG:**

- Stuhlunregelmäßigkeiten (Durchfall, Verstopfung)
- Schwarze Stuhlfarbe
- Blut im Stuhl
- Sodbrennen/ Völlegefühl
- Schmerzen im Bauchraum
- Gibt es Dickdarmkrebs i. d. Familie?

**NERVEN/ GEHIRN**

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

**NIERE/ HARNBLASE**

- Brennen beim Wasserlassen
- Vermehrtes nächtliches Wasserlassen, Häufigkeit:
- Blut im Urin
- Nierenkoliken
- Probleme beim Wasserlassen
- Erektionsstörungen

**BEWEGUNGSAPPARAT:**

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

**ALLERGIEN/ UNVERTRÄGLICHKEITEN:**

- Bekannt
- Welche: \_\_\_\_\_

**Vorsorgeuntersuchungen und Früherkennungsuntersuchungen**

**Hautkrebsscreening: ab dem 35. Lebensjahr,**

Ich wünsche ein Hautkrebsscreening  Ja  Nein  
Wurde schon bei einem Dermatologen durchgeführt  Ja  Nein

**Darmkrebsfrüherkennung: ab dem 50. Lebensjahr**

Ab dem 50. Lebensjahr ist eine Untersuchung auf Blut im Stuhl angeraten. Das neue immunologische Nachweisverfahren „Präventis“ beruht auf einen sehr spezifischen Nachweis von menschlichen Blutbestandteilen durch Antikörper und ist daher nicht durch Nahrungsbestandteile und Medikamente beeinflussbar. Außerdem kann der Test sehr kleine Mengen von Blut nachweisen. Der Test entdeckt einen mehr als doppelt so hohen Anteil der Darmkrebsvorstufen.

Ich wünsche den Präventis Test  Ja  Nein  
Wurde schon bei einem Urologen  oder Gynäkologen  gemacht. Wann? \_\_\_\_\_

Eine Dickdarmspiegelung ist generell ab dem 55 Lebensjahr angeraten, ggfs. früher bei familiärer Belastung mit Dickdarmkrebs. Die Darmspiegelung wird von den Krankenkassen übernommen.  
 Dickdarmspiegelung durchgeführt?  Ja  Nein  
 Wiederholung angeraten?  Ja  Nein Wann? \_\_\_\_\_

**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 Prostatauntersuchung und die Bestimmung des PSA-Wertes.

Ich wünsche die 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  Ja

**Urologische Mitbetreuung: Arzt:** \_\_\_\_\_

**Herzuntersuchung, Herzinfarktscreening, Sportuntersuchung.**

Bei Symptomen, die auf eine Herzerkrankung deuten, bei Vorliegen einer Herzerkrankungen oder einer Risikokonstellation (z.B. Bluthochdruck) sind weitere Untersuchungen wie Ultraschall des Herzens und ggfs. ein Belastungs-EKG indiziert, die die Krankenkasse übernimmt.

Wünschen sie allein eine Sporttauglichkeitsuntersuchung ohne Symptome sind die Untersuchungen hierfür als eine kostenpflichtige individuelle Gesundheitsleistung einzustufen:

Ich wünsche die Ultraschalluntersuchung des Herzens, Kosten 72,86€ 1,5 facher Satz  Ja  
 Ich wünsche ein Belastungs-EKG, Kosten 38,91€, 1,5 facher Satz  Ja

**Untersuchung der hirnzuleitenden Gefäße (Karotiden), Schlaganfallvorsorgeuntersuchung,**

Bei Symptomen auf einen Schlaganfall, Durchblutungsstörungen des Gehirnes oder einer Risikokonstellation ist eine Untersuchung der hirnzuleitenden Gefäße mittels Ultraschall indiziert, die die Krankenkasse übernimmt.

Wünschen sie eine Untersuchung ohne Symptome oder Risikokonstellation, sind wir angehalten die Untersuchung als eine kostenpflichtige individuelle Gesundheitsleistung einzustufen:

Ich wünsche eine Untersuchung der Karotiden, Kosten 60,91€ 1,3 facher Satz  Ja

**Dürfen wir sie ggfs. (postalisch, email, tel., sms) auf ihre nächste Gesundheitsuntersuchung oder Impfung hinweisen?  ja  nein** email: \_\_\_\_\_

**Handy:** \_\_\_\_\_

**Datum:** \_\_\_\_\_ **Patientenunterschrift:** \_\_\_\_\_

Bei den privaten Krankenkassen können wir nicht garantieren, dass alle Kosten übernommen werden. Dies hängt vom jeweiligen Vertrag ab.

**Vom Arzt /Team auszufüllen:**

<input type="checkbox"/> Coloberatung	<input type="checkbox"/> LUFU	<input type="checkbox"/> Gedächtnistest	<b>IMPFSTATUS</b> gepr. <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
<input type="checkbox"/> Prev.	<input type="checkbox"/> EKG	<input type="checkbox"/> Allergietest	
<input type="checkbox"/> Hautscreening	<input type="checkbox"/> Bel-EKG	<input type="checkbox"/> Echo	ARZT:
<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	KU: o.B. <input type="radio"/>
<input type="checkbox"/> männl. Krebsvorso.	<input type="checkbox"/> Überweisung	<input type="checkbox"/> Blut	
BLUT:			