

PRIV FM Nr. 20
Check-up Fragebogen

Sehr geehrte Damen und Herren,

vielen Dank für das Interesse an unserem Check-up-Programm. Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen im Vorfeld Ihres geplanten Check-ups, damit wir Ihre Untersuchungen so gezielt wie möglich vornehmen können.

Bitte lassen Sie uns den ausgefüllten Fragebogen per E-Mail, Post oder Fax möglichst 14 Tage vor dem vereinbarten Termin an die Varisano Main-Taunus-Privatklinik zukommen. Bitte beachten Sie dafür unsere Datenschutzhinweise auf der Homepage.

Bitte schlagen Sie mindestens zwei Termine für den Check-up vor. Vielen Dank.

Main-Taunus-Privatklinik
 Kronberger Straße 36 A
 65812 Bad Soden

Telefon: 06196 8018-0
 Fax: 06196 80 18 8002
 E-Mail: privatklinik@varisano.de

Terminvorschläge: _____

| Informationen zu Ihrer Person | | | |
|--------------------------------|---|--------------------------|-----------------------------|
| Name, Vorname: | | | |
| Geburtsdatum: | | | |
| Geschlecht: | <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> divers | | |
| Anschrift: | | | |
| Telefonnummer: | | | |
| E-Mail: | | | |
| Versichert bei: | | | |
| Gesundheitsinformationen | | | |
| Diagnosen/Erkrankungen | Ja | Nein | Details/Zusatzinformationen |
| Brustschmerz | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Luftnot | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Blutfette/Cholesterin | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Diabetes | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Herzinfarkt | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Herzmuskelschwäche | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Herzrhythmusstörungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Herzvergrößerung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Schwindel | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Schlaganfall | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Andere Gefäßerkrankung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Unterschenkel-/Fußschwellungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Abnorme Müdigkeit | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Magen-Darm-/Stuhlprobleme | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

| Gesundheitsinformationen | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|-----------------------------|
| Diagnosen/Erkrankungen | Ja | Nein | Details/Zusatzinformationen |
| Gallensteine | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Nierenerkrankungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Lebererkrankungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Orthopädische Probleme | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Gelenkschmerzen | | | |
| Asthma/Chronische Bronchitis | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Chronischer Husten | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Allergien | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Kopfschmerzen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Schilddrüsenprobleme | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Blasenschwäche | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Bluterkrankungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Chronische Schmerzen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Andere Beschwerden | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Fragen an die Männer | | | |
| Prostatavergrößerung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Harnsteinleiden | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Impotenz | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Fragen an die Frauen | | | |
| Bestehende Schwangerschaft | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ggf. Woche |
| Fehlgeburten | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Regelmäßiger Zyklus | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Medikamenteneinnahmen | | | |
| Präparat | Dosis (z.B. in mg) | Wie oft pro Tag? | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| Frühere Operationen und Krankenhausaufenthalte | | | |
| Operation/KH-Aufenthalt | Grund/Diagnose | Datum oder Jahr | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

| Informationen zu Ihrem Lebensstil | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|---|
| Fragen | Ja | Nein | Details/Zusatzinformationen |
| Haben Sie jemals geraucht oder rauchen Sie aktuell? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Stück pro Tag: _____ Aufgehört im Jahr: _____ |
| Treiben Sie Sport? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Wie oft pro Woche: _____ Sportart: _____ |
| Trinken Sie Alkohol? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Alkoholart: _____ Wie oft pro Woche: _____ |
| Trinken Sie Kaffee? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tassen am Tag: _____ |
| Arbeiten Sie? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Stunden am Tag: _____ Stunden pro Woche: _____ |
| Regelmäßiger Urlaub? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tage im Jahr: _____ |
| Unternehmen Sie regelmäßig etwas mit Freunden und Familie? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Wie oft im Monat: _____ |
| Schlafen Sie ausreichend? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ggf. beschreiben: _____ _____ |

| Familiengeschichte | | | | | | | | |
|---------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------|-------------|
| Verwandte | Herz-krank | Bluthoch-druck | Herz-infarkt | Diabetes | Schlag-anfall | Krebs | Todesursache | Todes-alter |
| Mutter | <input type="checkbox"/> | | |
| Vater | <input type="checkbox"/> | | |
| Bruder | <input type="checkbox"/> | | |
| Bruder | <input type="checkbox"/> | | |
| Schwester | <input type="checkbox"/> | | |
| Schwester | <input type="checkbox"/> | | |
| Großmutter mütterl. | <input type="checkbox"/> | | |
| Großvater mütterl. | <input type="checkbox"/> | | |
| Großmutter väterl. | <input type="checkbox"/> | | |
| Großvater väterl. | <input type="checkbox"/> | | |

Ich möchte zusätzlich zum Basis Check-up folgende ergänzende Check-ups buchen:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Großer Labor Check | <input type="checkbox"/> Darmkrebsvorsorge (Koloskopie) |
| <input type="checkbox"/> Urlogischer Check | <input type="checkbox"/> Magenkrebsvorsorge (Gastroskopie) |
| <input type="checkbox"/> Gynäkologischer Check | <input type="checkbox"/> Hautkrebsvorsorge |

Die Rechnungsstellung erfolgt nach der gültigen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ 3,5facher Satz). Die Klinik kann über die Höhe der Kostenerstattung durch Ihre private Krankenversicherung keine Auskunft geben. Gerne erstellen wir Ihnen einen Kostenvoranschlag zur Vorlage beim Versicherungsträger.

Ort, Datum

Unterschrift