

Merkblatt für Gesundheitsuntersuchung und Krebsvorsorge

Liebe Patientin, lieber Patient,

für die anstehenden Untersuchungen erhalten Sie **zwei Termine**. Bitte informieren Sie uns rechtzeitig, wenn Sie einen Termin nicht wahrnehmen können.

Beim ersten Termin werden Blut abgenommen, Blutdruck gemessen, Größe und Gewicht bestimmt und der Urin untersucht. Bitte denken Sie an folgendes:

- ✓ Sie müssen **nüchtern** erscheinen
- ✓ Ein Glas Wasser ist jedoch erlaubt, und Ihre **Medikamente** sollten Sie ebenfalls eingenommen haben
- ✓ **Stuhlproben**, falls eine Krebsvorsorge stattfindet
- ✓ **Impfpass** (Sie erhalten ihn beim zweiten Termin von uns zurück)
- ✓ Bitte füllen Sie auch die **Rückseite** dieses Merkblatts (und ggf. den **Fragebogen für Patienten über 60**) aus und bringen Sie sie mit. Schreiben Sie alle Präparate auf, die Sie regelmäßig einnehmen. Denken Sie auch an Medikamente, die Sie von anderen Ärzten verordnet bekommen haben oder die Sie sich selber, z.B. im Reformhaus, kaufen

Beim zweiten Termin findet die eigentliche Vorsorgeuntersuchung statt. Die Ergebnisse werden besprochen und Sie werden körperlich untersucht. Dazu ist es erforderlich, dass sie sich bis auf die Unterwäsche freimachen.

Wenn wir ein **Hautkrebscreening** durchführen sollen, denken Sie bitte daran, sich an diesem Tag nicht zu schminken und so wenig Schmuck wie möglich anzulegen. Nagellack sollte vorher unbedingt entfernt werden.

Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass Vorsorgeuntersuchungen nur der Vorsorge dienen können. Ausführliche Gespräche über bereits bekannte Krankheiten müssen aus organisatorischen Gründen zu einem späteren Zeitpunkt erfolgen.

Herzlichen Dank!

Aktueller Medikamentenplan

Name	morgens	mittags	abends	zur Nacht	Bemerkungen
Z.B. Bisoprolol 5mg	1	0	0	0	

An welchen Krankheiten leiden Sie?

Bei welchen nahen Blutsverwandten (z.B. Eltern, Großeltern, Geschwister) kommen folgende Krankheiten vor?

	Ich	Familie
Hoher Blutdruck (Hypertonie)		
Angina pectoris/Herzinfarkt (KHK)		
Durchblutungsstörungen (AVK)		
Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus)		
Fettstoffwechselstörung (Hyperlipidämie)		
Nierenkrankheiten		
Lungenkrankheiten		
Krebserkrankungen inkl. Hautkrebs		
Welche Art von Krebs?		

Rauchen Sie? Nein Ja, am Tag ca. ____ Packung(en) seit ca. ____ Jahren

Trinken Sie Alkohol? Nie Gelegentlich Täglich

Treiben Sie Sport? Nie etwa 1x/Woche 30 Minuten 3x/Woche 30 Minuten Mehr

Für Frauen: Gehen Sie 1x/ Jahr zur Frauenärztin/zum Frauenarzt zur Vorsorge? Ja Nein

Die Untersuchung auf Hautkrebs beinhaltet auch das Anschauen der Genitalregion. Sind Sie damit einverstanden? Ja Nein

Fragebogen für Patienten ab 60

Name: _____

Haben Sie Probleme mit der Luft? Ja Nein

Sind Sie deutlich (> 10 cm) kleiner geworden? Ja Nein

Haben Sie oder Ihr Angehörigen den Eindruck, dass Ihr Gedächtnis nicht mehr so gut funktioniert? Ja Nein

Haben Sie Probleme mit dem Wasserlassen / das Wasser zu halten? Ja Nein

Haben Sie sich im letzten Monat häufig niedergeschlagen, traurig, bedrückt oder hoffnungslos gefühlt? Ja Nein

Fühlen Sie sich beim Gehen unsicher? Oder sind Sie in letzter Zeit gestürzt? Ja Nein

Schlafen Sie tagsüber ungeplant ein? Ja Nein

Haben Sie Probleme mit dem Hören? Ja Nein

Sind Sie unsicher bei der Einnahme Ihrer Medikamente? Ja Nein

Wurde schon einmal eine Darmspiegelung durchgeführt? Wenn ja, wann? Ja Nein

Brauchen Sie Beratung zu einem Antrag zur Pflegeversicherung oder über Hilfsmittel (Rollator, Greifzange, Toilettensitz-Erhöhung etc.)? Ja Nein

Möchten Sie mit uns über eine Patientenverfügung sprechen? Ja Nein

Bitte beachten Sie, dass zur Besprechung evtl. ein weiterer Termin vereinbart werden muss.