



Die Vorsorge spielt eine entscheidende Rolle zur Früherkennung von Krankheiten und für eine "gesunde Lebensverlängerung". Die detaillierte Risikoanalyse führt zu individuellen Vorsorgeempfehlungen für Sie, die zu einer Verbesserung der Lebensqualität und Verlängerung der Lebens- und Gesundheitsspanne führt! Alle Angaben sind für Ihren Arzt*in höchst vertraulich.

Welche Untersuchungen sollen heute durchgeführt werden?

☐ **Gesundheits-Checkup Basis**

☐ Hautcheck

☐ Arzt ☐ Ärztin ☐ keine Präferenz

☐ Männercheck

☐ Arzt ☐ Ärztin ☐ keine Präferenz

☐ **Gesundheits-Checkup Plus**

☐ **Gesundheits-Checkup Komplett**

Bitte beantworten Sie uns folgende Fragen:

1. zur Person:

Name	
Geburtsdatum	
Alter	
Kinder:	
Enkelkinder:	
Beruf (ggf. ehemalig)	
berufliche Risiken	
arbeitsmedizinische Vorsorge?	
Organspende Ausweis vorhanden?	
Patientenverfügung vorhanden? ggf. kurze Notizen	
Wichtigste Bezugsperson/en:	

2. zum Körper:

Größe	
Gewicht	
BMI (kg/m) : <i>alternativ:</i> Optimalgewicht Faustformel Größe (cm) - 100 =	
Bauchumfang	

Leistungsfähigkeit	
Ich fühle mich fit und leistungsfähig?	
Leistungsabfall? im letzten Jahr(en) <u>oder</u> Monaten? J /M ?	
ungewöhnliche anstrengende Atmung bei Alltagsbelastungen (Treppensteigen)?	
Klagen über Brustenge?	

Sport:	
Sportart: Verein:	
Einheiten/Woche: Minuten/Einheit	
Wettkämpfe?	

3. Gehirn-Vorsorge (u.a. Schlaf)

Schlaf:	
erholsam?	
? Stunden	
gutes Einschlafen?	
gutes Durchschlafen?	
Toilettengang? (?/mal)	
Tagesmüdigkeit?	
Schnarchen oder Aussetzer ?	
Nase nachts frei?	
Knirschen/ Beißen?	

Psyche	
Ich fühle mich ausgeglichen?	
Ich stehe häufig unter Stress?	
Depressive Gedanken?	
Bin zufrieden im Beruf?	
Hobbys?	
glücklich bin ich wenn...	

Gedächtnis	
Sorgen um Merkfähigkeit?	

4. zum Lebensstil:

Ernährung:	
Vegetarisch oder vegan?	
Fisch oder Jod-Quellen?	
Wurst und rotes Fleisch?	
Welche Ballaststoffe?	
? ml Öl / Woche	
Kochen Sie häufig selbst?	
Lieblingsgericht ;)	
Alkohol	
? Tage /Woche welches Getränk?	
bei Anlässen mehr als 5 Gläser	
Rauchen	
wie viele am Tag	
seit ? Jahren:	
? Aufhör-Versuche?	
Cannabis ? Joint oder Vaporisator?	

5. *Tägliche Einnahmen:*

Nahrungs- Ergänzungsmittel?	
Medikamente ? nur notwendig wenn in Ihrer Praxis nicht bekannt	
Allergien ?	

6. *Impfungen*

Letzte Überprüfung des Impfstatus	
Ich wünsche eine vollständige Impfempfehlung	

Erkrankungen

<u>Vorerkrankungen</u> , sofern diese nicht in dieser Praxis behandelt werden	
<u>Fachärzte</u> die regelmäßig aufgesucht werden, aufgrund von:	

7/ Krebsvorsorge:

Letzte Darmspiegelung Mann: ab 50 bzw. Frau: ab 55 Jahren	
Frauen: regelmäßige Gynäkologische Vorsorge?	
Männer: Urologische Vorsorge: Letzte PSA Wert Bestimmung? auswärts oder hier?	
Hautcheck regelmäßig? auswärts oder hier?	
HPV Impfung erfolgt? Dysplasien in der Vergangenheit?	
Tattoos vorhanden? Anzahl/Fläche %KOF	
Einnahme von Multivitamin insbesondere Folsäure, Vitamine A, E, B12, Beta-Carotin, Eisen, B6, Magnesium, Zink, Kupfer über einen längeren Zeitraum?	

8. zur Familiengeschichte

Nur 1.-gradige Verwandte,
also Eltern und Geschwister. Nur diese spielen abhängig vom Alter (frühes Auftreten der Erkrankung) eine statistisch relevante Rolle für Ihre persönliche Vorsorge.

Bei **Häufung** auch zweitgradige Verwandte (Großeltern, Onkel, Tanten) aufführen

Krebserkrankungen Person, Organ und im Alter des Beginns und Ausgang der Erkrankung	
Frauen: bitte separaten Krebs Fragebogen ausfüllen	

9) Herz-Kreislauf (CVR)

in der Familie 1. gradiger Verwandter (Eltern Geschwister)	
Herzerkrankungen Stents, Bypässe, aufgetreten im Alter von:	
Schlaganfälle: Wer? im Alter von?	
Demenz, wer mit Beginn im Alter von:	

Thrombosen, Lungenembolien in der direkten Familie?	
--	--

weitere früh (oder gehäuft) auftretende Erkrankungen in der Familie?	
---	--

Noch Fragen?

Gab es einen Anlass für Ihre Vorsorge?	
Haben Sie Beschwerden oder weitere Fragen für das Vorsorgegespräch?	

Bleiben Sie gesund !



Erklärung zur Organ- und Gewebespende	Für den Fall, dass nach meinem Tod eine Spende von Organen/Geweben zur Transplantation in Frage kommt, erkläre ich:		Organspendeausweis		 nach § 2 des Transplantationsgesetzes Organspende	
	☐ JA, ich gestatte, dass nach der ärztlichen Feststellung meines Todes meinem Körper Organe und Gewebe entnommen werden.		Name, Vorname			Geburtsdatum
	oder ☐ JA, ich gestatte dies, mit Ausnahme folgender Organe/Gewebe:		Straße			PLZ, Wohnort
	oder ☐ JA, ich gestatte dies, jedoch nur für folgende Organe/Gewebe:					
	oder ☐ NEIN, ich widerspreche einer Entnahme von Organen oder Geweben.					
	oder ☐ Über JA oder NEIN soll dann folgende Person entscheiden:					
Platz für Anmerkungen/Besondere Hinweise		BZgA Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung		 schenkt Leben.		
DATUM		UNTERSCHRIFT		Antwort auf Ihre persönlichen Fragen erhalten Sie beim Infotelefon Organspende unter der gebührenfreien Rufnummer 0800 / 90 40 400.		