

FRAGEBOGEN ZUM GESUNDHEITS-CHECK-UP

Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen im Vorfeld Ihres geplanten Check-ups, damit wir Ihre Untersuchungen so gezielt wie möglich vornehmen können.

Sie können den Fragebogen ausdrucken und nach dem Ausfüllen per Post oder Fax möglichst 10 Tage vor dem vereinbarten Termin an die Main-Taunus-Privatlinik senden.

Ihre Terminvorschläge für den Check-up (bitte schlagen Sie mindestens zwei Termine vor!):

--	--	--

Informationen zu Ihrer Person

Vorname _____

Nachname _____

Titel _____

Adresse _____

PLZ _____

Stadt _____

Bundesland _____

Telefon privat _____

Telefon mobil _____

Versichert bei _____

Geschlecht M F _____

Geburtsdatum _____

Familienstand verheiratet geschieden Single verwitwet _____

E-Mail-Adresse _____

Informationen zu Vorerkrankungen/Diagnosen

Diagnosen/Erkrankungen	Ja	Nein	Details
Brustschmerz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Luftnot	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Blutfette/Cholesterinerhöhung	<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"/>	
Schwindel/Neigung zu Bewusstlosigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Herzvergrößerung	<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"/>	
Gallensteine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Nierenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Lebererkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Orthopädische Probleme/Wirbelsäulenleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Asthma / Chronische Bronchitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Chronischer Husten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Allergien (z.B. Jod, Antibiotika, Aspirin, Heuschnupfen etc.)	<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"/>	
Gelenkschmerzen (Hand, Schulter, Arm, Hüfte, Knie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Chronische Schmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Andere Beschwerden:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<hr/>			
Fragen an männliche Patienten			
Prostatavergrößerung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Harnsteinleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Impotenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Fragen an weibliche Patienten			
Bestehende Schwangerschaft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Fehlgeburten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Regelmäßiger Zyklus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Intrauterinpeppar (IUP)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Informationen zu Ihrer Lebensweise

	Ja	Nein
Haben Sie jemals geraucht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, wieviele Packungen pro Tag über wieviele Jahre?		
Mit Rauchen aufgehört am		
Rauchen Sie heute noch?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Treiben Sie Sport?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie oft pro Woche?		
Trinken Sie Alkohol?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wieviel g/Tag? (1 Glas Wein = 20g, 1 Liter Bier = 40g)		
Trinken Sie Kaffee?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wieviele Tassen pro Tag?		
Wieviele Stunden arbeiten Sie am Tag?		
Wieviele pro Woche?		
Machen Sie regelmäßig Urlaub?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie oft im Jahr?		
Unternehmen Sie regelmäßig etwas mit Familie/Freunden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie oft im Monat?		

Informationen zur Medikamenteneinnahme

Präparat	Dosis (z.B. in mg)	Wie oft pro Tag?

Informationen zu früheren Operationen/Krankenhausaufenthalten

Operation/Krankenhaus-Aufenthalt	Grund	Datum

Familiengeschichte

Verwandte	Herzkrank	Hoher Blutdruck	Herzinfarkt	Diabetes	Schlaganfall	Krebserkrankung	Todesursache	Todesalter
Mutter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Vater	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Bruder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Bruder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Schwester	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Schwester	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Großmutter mütterl.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Großvater mütterl.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Großmutter väterl.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Großvater väterl.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Bitte kreuzen Sie die entsprechenden Felder an bzw. ergänzen Sie die Angaben.

Ergänzende Check-ups

Ich möchte das Basis-Check-up-Programm ergänzen um:

Großen Labor-Check <input type="checkbox"/>	Urologische Vorsorgeuntersuchung <input type="checkbox"/>
Darmkrebs-Vorsorge / Darmspiegelung (Bitte einen zweiten Tag einplanen!) <input type="checkbox"/>	Allergie-Check <input type="checkbox"/>
Gynäkologische Vorsorgeuntersuchung <input type="checkbox"/>	Hautkrebs-Vorsorge <input type="checkbox"/>

Die Rechnungsstellung des Check-ups erfolgt nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ 3,5facher Satz). Die Kliniken des Main-Taunus-Kreises GmbH kann über die Höhe der Kostenerstattung durch die Private Krankenversicherung leider keine Auskunft geben. Eine Kostenübernahme durch den jeweiligen Versicherungsträger ist daher vom Patienten individuell vorab zu klären.

Eine kostenfreie Stornierung des bestätigten und reservierten Check-up-Termins ist bis zu 48 Stunden vor dem Termin möglich. Bei einer Stornierung innerhalb von 48 Stunden vor dem Termin wird eine Stornogebühr in Höhe von 400,- € berechnet.

Ort und Datum

Unterschrift (Patient bzw. Vertreter)