

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 Kliniken des Main-Taunus-Kreises GmbH zukommen. Bitte beachten Sie dafür unsere auf der Homepage.

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

varisano Kliniken des Main-Taunus-Kreises GmbH	Telefon: 06196 80 18 8010
Kronberger Straße 36 A	Fax: 06196 80 18 8002
65812 Bad Soden	E-Mail: check-up@varisano.de

Terminvorschläge: _____

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

Version:	01	Stand:	12-2021	Datei:	PRIV FM Nr. 20 Check-up Fragebogen	Seite:	2 von 3
Erstellt:	LTG PK	Geprüft:	Stv. LTG	Freigegeben:	LTG PK		

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

Familiengeschichte								
Verwandte	Herz-krank	Bluthoch-druck	Herz-infarkt	Diabetes	Schlag-anfall	Krebs	Todesursache	Todes-alter
Mutter	☐	☐	☐	☐	☐	☐		
Vater	☐	☐	☐	☐	☐	☐		
Bruder	☐	☐	☐	☐	☐	☐		
Bruder	☐	☐	☐	☐	☐	☐		
Schwester	☐	☐	☐	☐	☐	☐		
Schwester	☐	☐	☐	☐	☐	☐		
Großmutter mütterl.	☐	☐	☐	☐	☐	☐		
Großvater mütterl.	☐	☐	☐	☐	☐	☐		
Großmutter väterl.	☐	☐	☐	☐	☐	☐		
Großvater väterl.	☐	☐	☐	☐	☐	☐		

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

- | | |
|--|--|
| ☐ Großer Labor Check | ☐ Darmkrebsvorsorge (Koloskopie) |
| ☐ Urlogischer Check | ☐ Magenkrebsvorsorge (Gastroskopie) |
| ☐ Gynäkologischer Check | |

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