

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 65 - 8004
 Fax: 06196 65 - 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:			
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"/>	

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 | |

Die Rechnungsstellung erfolgt nach der gültigen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ 3,5facher Satz). Die Klinik kann über die Höhe der Kostenerstattung durch Ihre Krankenversicherung oder einen sonstigen Kostenträger leider keine Auskunft geben. Gerne erstellen wir Ihnen auf Wunsch einen Kostenvoranschlag zur entsprechenden Vorlage und Verwendung.

Ort, Datum

Unterschrift