

**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 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:	<input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> divers
Anschrift:			
Telefonnummer:			
E-Mail:			
Versichert bei:			
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	Herzkrank	Bluthochdruck	Herzinfarkt	Diabetes	Schlaganfall	Krebs	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"/>		

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 _____