

DIE HAUSÄRZTE  IM TELDEC-PARK

## Gemeinschaftspraxis Nortorf

### FACHÄRZTE FÜR ALLGEMEINMEDIZIN

Dr. med. Werner Kühne

Dr. med. Carina Schlüters

Dr. med. Sabrina Sosat

Stefan Kripke

Gesa Tohsche

### KONTAKT

Niedernstraße 5

24589 Nortorf

[info@gemeinschaftspraxis-nortorf.de](mailto:info@gemeinschaftspraxis-nortorf.de)

[www.gemeinschaftspraxis-nortorf.de](http://www.gemeinschaftspraxis-nortorf.de)

### SPRECHZEITEN

Mo 7.00 – 18.00 Uhr

Di und Do 7.30 – 18.00 Uhr

Mi und Fr 7.30 – 13.00 Uhr

Tel 0 43 92 - 23 11

Fax 0 43 92 - 84 0 847

Rezepttelefon 0 43 92 - 84 0 593

DIE HAUSÄRZTE  IM TELDEC-PARK

## Gemeinschaftspraxis Nortorf

### Gesundheitsuntersuchung

- Diabetologie (Zertifikat)
- Sportmedizin
- Schmerztherapie
- Akupunktur
- Trad. Chinesische Medizin
- Naturheilverfahren
- Palliativmedizin
- Reisemedizin

# Fragen vor Ihrer Gesundheitsuntersuchung

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_

## Allgemeines

In welchem Jahr wurde die letzte Gesundheitsuntersuchung durchgeführt?

Bei Männern: Wurde gleichzeitig eine Krebsvorsorgeuntersuchung durchgeführt? ja  nein

## Persönliche Risikofaktoren

|                 |                             |                               |
|-----------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Nikotinkonsum   | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Übergewicht     | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Stressbelastung | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Alkoholkonsum   | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Bewegungsmangel | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Sonstige        |                             |                               |

## Medikamente

|  |                             |                               |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Wenn ja, welche?                       |                             |                               |

## Impfschutz

|   |                             |                               |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| Impfausweis vorhanden?<br>Wenn ja, bitte mitbringen | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
|---|-----------------------------|-------------------------------|

## Vorbestehende Erkrankungen

Leiden oder litten Sie, Ihre Eltern oder Geschwister an einer der folgenden Krankheiten?

| Erkrankung   | selbst                   | Eltern<br>Geschwister    |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Bluthochdruck  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Herzkranzgefäßerkrankung<br>oder Herzinfarkt           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Arterielle<br>Durchblutungsstörung                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Fettstoffwechselstörung<br>(z.B. zu hohes Cholesterin) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Zuckerkrankheit<br>(Diabetes mellitus)                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Nierenerkrankungen                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Lungenerkrankungen                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sonstige Erkrankungen                                  |                          |                          |
| Allergien-/Medikamenten-<br>Unverträglichkeiten        |                          |                          |

## Körperliche Betätigung

|   |                             |                               |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| Treiben Sie regelmäßig Sport?                         | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Welche Sportarten oder andere körperliche Betätigung? |                             |                               |
| Wie häufig und wie lange pro Woche                    |                             |                               |

## Patientenverfügung

|   |                             |                               |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| Haben Sie eine Patientenverfügung erstellt? | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
|---|-----------------------------|-------------------------------|