

**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 043 92 - 23 11  
Fax 043 92 - 84 0 84 7  
Rezepttelefon 043 92 - 84 0 59 3

**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 ☐ nein ☐

Übergewicht ja ☐ nein ☐

Stressbelastung ja ☐ nein ☐

Alkoholkonsum ja ☐ nein ☐

Bewegungsmangel ja ☐ nein ☐

Sonstige

## Medikamente

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? ja ☐ nein ☐

Wenn ja, welche?

## Impfschutz

Impfausweis vorhanden? Wenn ja, bitte mitbringen ja ☐ nein ☐

## Vorbestehende Erkrankungen

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

Erkrankung	selbst	Eltern Geschwister
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzkranzgefäßerkrankung oder Herzinfarkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arterielle Durchblutungsstörung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fettstoffwechselstörung (z.B. zu hohes Cholesterin)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zuckerkrankheit (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- 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 ☐ nein ☐