



Praxis für

Körper und Seele

## **Sehr geehrte(r) Patient(in)!**

**Im Rahmen der von Ihnen gewünschten Gesundheitsuntersuchung möchten wir Sie vorab um einige Informationen bitten! Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an! Bitte bringen Sie Ihren Impfausweis mit! HERZLICHEN DANK!**

**Patient:**

**Geb. am:**

**Alter:**

**Datum:**

### **ALLGEMEIN:**

- ☐ Appetitlosigkeit
- ☐ Ungewollter Gewichtsverlust
- ☐ Unklare Fieberschübe
- ☐ Ungewohnter Nachtschweiß
- ☐ Lymphknotenvergrößerungen
- ☐ Schnarchen **mit** Tagesmüdigkeit
- ☐ Regelmäßig Alkohol
- ☐ Rauchen

### **HERZ/ KREISLAUF/ ATMUNG**

- ☐ Schmerzen über der Brust
- ☐ Herzstolpern, Herzsasen
- ☐ Geschwollene Beine
- ☐ Beinschmerzen beim Gehen
- ☐ Vermehrt Husten und Auswurf
- ☐ Luftnot in Ruhe
- ☐ Luftnot bei Belastung

### **VERDAUUNG:**

- ☐ Stuhlnunregelmäßigkeiten (Durchfall, Verstopfung)
- ☐ Schwarze Stuhlfarbe
- ☐ Blut im Stuhl
- ☐ Sodbrennen/ Völlegefühl
- ☐ Schmerzen im Bauchraum

**Körpergröße:**

**Handy-Nr.:**

**Gewicht:**

**Email:**

### **NERVEN/ GEHIRN**

- ☐ Schwindel
- ☐ Kopfschmerzen
- ☐ Gefühlsstörungen, Lähmungen
- ☐ Sprachschwierigkeiten,
- ☐ Sehstörungen

### **NIERE/ HARNBLASE**

- ☐ Brennen beim Wasserlassen
- ☐ Vermehrtes nächtliches Wasserlassen
- ☐ Blut im Urin
- ☐ Nierenkoliken
- ☐ Probleme beim Wasserlassen
- ☐ Erektionsstörungen

### **BEWEGUNGSAPPARAT:**

- ☐ Morgendliche Gelenkschmerzen
- ☐ Gelenkschwellungen
- ☐ Durchgemachter Gichtanfall
- ☐ Belastungsabhängige Gelenkschmerzen
- ☐ Nächtliche Wadenkrämpfe

### **ALLERGIEN/ UNVERTRÄGLICHKEITEN:**

- ☐ Bekannt

Welche: \_\_\_\_\_

Viele Untersuchungen zur **Gesundheitsvorsorge und Früherkennung** werden wie unten angegeben von der Krankenkasse bezahlt, weil unser kassenärztliches Leistungsspektrum aber nicht alle sinnvollen Maßnahmen zur optimalen Vorsorge, Diagnostik und Behandlung vollständig abbildet, bieten wir Ihnen zusätzlich Wunschleistungen bzw. sogenannte Individuelle Gesundheits-Leistungen (IGeL) an. Diese ärztlichen Wunschleistungen sind nicht Teil des Leistungskatalogs der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Sie stellen eine Ergänzung zur Regelversorgung durch die Krankenkassen und eine ganz persönliche Investition in die eigene Gesundheit dar. Das Honorar orientiert sich an der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ). Wir möchten Ihnen vorab möglichst viele Informationen an die Hand geben. Bestehen Fragen, sprechen sie uns an! Ihr Praxisteam!

### **Hautkrebsscreening: ab dem 35. Lebensjahr, Krankenkassenleistung**

Ich wünsche ein kostenloses Hautkrebsscreening

☐ Ja ☐ Nein

### **Darmkrebsfrüherkennung: ab dem 50. Lebensjahr, teils Krankenkassenleistung**

Ab dem 50. Lebensjahr ist eine Untersuchung auf Blut im Stuhl angeraten. Der gebräuchliche und von den Kassen erstattete Haemocult-Test hat entscheidende Nachteile: Er ist wenig empfindlich und kann durch Nahrungsbestandteile - etwa Fleisch, Vitamin C oder Medikamente verfälscht werden. Das neue immunologische Nachweisverfahren „Präventis“ beruht auf einen sehr spezifischen Nachweis von menschlichen Blutbestandteilen durch Antikörper und ist daher nicht durch Nahrungsbestandteile und Medikamente beeinflussbar. Außerdem kann der Test sehr kleine Mengen von Blut nachweisen. Der Test entdeckt einen mehr als doppelt so hohen Anteil der Darmkrebsvorstufen.

Ich wünsche einen kostenlosen Hämocult Test

☐ Ja ☐ Nein

Ich wünsche stattdessen den Präventis Test, Kosten : 15.-€

☐ Ja

**Darmkrebsfrüherkennung: ab dem 55. Lebensjahr, Krankenkassenleistung**

Eine Dickdarmspiegelung ist generell ab dem 55. Lebensjahr angeraten, ggfs. früher bei familiärer Belastung mit Dickdarmkrebs. Die Darmspiegelung ist kostenlos.

Dickdarmspiegelung durchgeführt ?

☐ Ja ☐ Nein

Wann? \_\_\_\_\_

Wiederholung angeraten?

☐ Ja ☐ Nein

**Früherkennungsuntersuchung für Frauen beim Gynäkologen**

Ich bin in regelmäßiger gynäkologischer Betreuung

☐ Ja ☐ Nein

**Prostatakrebs: Männer, empfohlen ab 45 Jahren**

Prostatakrebs ist in Deutschland die zweithäufigste Krebstodesursache bei Männern. Wir empfehlen die Kombination aus der Prostatastuntersuchung und die Bestimmung des PSA-Wertes.

Ich wünsche die kostenlose Tastuntersuchung der Prostata

☐ Ja ☐ Nein

Die Abtastung kann aber nur auf dem Darm zugewandten Seite Knoten erkennen. Aus diesem Grund ist der Bluttest auf PSA sinnvoll. PSA ist die Abkürzung für »prostataspezifisches Antigen«. Es handelt sich hierbei um ein Eiweiß, das von den Zellen der Prostata gebildet wird und im Blut nachweisbar ist. Mit der PSA-Bestimmung lassen sich im Labor doppelt so viele Karzinome entdecken, wie es mit einer alleinigen Abtastung der Prostata möglich ist. Studienlage: Lassen sich Männer im Alter zwischen 55 und 69 Jahren regelmäßig mit einem Bluttest auf Prostatakrebs untersuchen, sinkt ihre Wahrscheinlichkeit, an dieser langsam wachsenden Krebsform zu versterben, um 20%. Dies ist das Ergebnis einer großen europäischen Studie. Entgegen steht eine Überdiagnostizierung und Übertherapie dieser Krebsart.

Ich wünsche die Bestimmung des PSA-Wertes,

Kosten 35,02€ ( Beratung, Blutabnahme, Laborwert)

☐ Ja

**Herzuntersuchung, Herzinfarktscreening, Sportuntersuchung, IGeL**

Sie haben keine Symptome, die auf eine Herzerkrankung deuten, möchten aber nach langer Zeit wieder Sport treiben oder sich körperlich belasten und besitzen weitere Risikofaktoren wie Hypertonie, Diabetes, Rauchen, Hypercholesterinämie, so kann die Untersuchung des Herzens im Ultraschall Aufschlüsse über die Pumpfunktion ggfs. mit Hinweisen auf das Vorliegen einer Mangeldurchblutung der Herzmuskulatur (Herzinfarktrisiko), Herzklappenlecks, etc. geben. Das Belastungs-EKG kann ebenfalls Aufschlüsse über die Durchblutung des Herzmuskels, Herzrhythmusstörungen unter Belastung etc. geben.

Ich wünsche die Ultraschalluntersuchung des Herzens, Kosten 52,46€

☐ Ja

Ich wünsche ein Belastungs-EKG, Kosten 25,94€

☐ Ja

**Untersuchung der hirnzuleitenden Gefäße (Karotiden), Schlaganfallvorsorgeuntersuchung, IGeL**

Sie haben keine Symptome die auf einen Schlaganfall deuten, besitzen aber Risikofaktoren wie Hypertonie, KHK, AVK, Diabetes, Rauchen etc., so kann die Untersuchung der hirnzuleitenden Gefäße mögliche Verkalkungen, Verengungen aufzeigen, die ggfs. zu einem Schlaganfall führen können.

Ich wünsche eine Untersuchung der Karotiden, Kosten 49,55€

☐ Ja

**Infektionskrankheiten:**

HIV –Test

Wir empfehlen ein Test nach ungeschütztem Geschlechtsverkehr mit Fremden, vor einer Schwangerschaft, für Paare, die den Wunsch nach Sex ohne Kondom haben, wenn eine frühere Infektion nicht auszuschließen ist, bei lange anhaltendem Fieber, Hauttumoren, Schwellungen der Lymphknoten oder Durchfällen, die über Wochen nicht abklingen, unklare Krankheitsbildern

Ich wünsche einen HIV-Schnelltest, Kosten 15.-€

☐ Ja

Datum: \_\_\_\_\_ Patientenunterschrift: \_\_\_\_\_

**Vom Arzt /Team auszufüllen:**

|                                                              |                                        |                                             |                                                                                                    |
|--------------------------------------------------------------|----------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Coloberatung                        | <input type="checkbox"/> LUFU          | <input type="checkbox"/> Gedächtnistest     | <b>IMPFSTATUS</b> gepr.<br><input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein<br><br><b>ARZT:</b> |
| <input type="checkbox"/> HämO <input type="checkbox"/> Prev. | <input type="checkbox"/> EKG           | <input type="checkbox"/> Allergietest       |                                                                                                    |
| <input type="checkbox"/> Hautscreening                       | <input type="checkbox"/> Bel-EKG       | <input type="checkbox"/> Echo               |                                                                                                    |
| <input type="checkbox"/> PSA                                 | <input type="checkbox"/> LZ-RR         | <input type="checkbox"/> Duplex Karotis     |                                                                                                    |
| <input type="checkbox"/> Impfen                              | <input type="checkbox"/> LZ-EKG        | <input type="checkbox"/> Diabetikerschulung |                                                                                                    |
| <input type="checkbox"/> O männl. Krebsvorso.                | <input type="checkbox"/> O Überweisung | <input type="checkbox"/> O Blut             |                                                                                                    |
| BLUT:                                                        |                                        |                                             |                                                                                                    |

**Arztnotiz:**