



Dr. med.

**Jana Kliner**

Fachärztin für Innere Medizin

## CHECK UP UNTERSUCHUNG

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

Sie sind zur Check up Untersuchung einbestellt.  
Wir bitten Sie kurz den Bogen auszufüllen.

Vielen Dank.  
Ihr Praxisteam

Name: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Haben Sie aktuell Beschwerden?  Ja  Nein

Rauchen Sie?  Ja  Nein

Was: \_\_\_\_\_

Hat sich Ihr Gewicht in letzter Zeit verändert?  Ja  Nein

Wieviel: \_\_\_\_\_

Wenn ja, wie? \_\_\_\_\_

Alkoholkonsum: \_\_\_\_\_

Wann waren Sie das letzte Mal beim:

Regelmäßig: \_\_\_\_\_

Zahnarzt? \_\_\_\_\_

Was: \_\_\_\_\_

Gynäkologen/Urologen? \_\_\_\_\_

Wieviel: \_\_\_\_\_

Hautarzt? \_\_\_\_\_

Augenarzt? \_\_\_\_\_

Treiben Sie regelmäßig Sport?  Ja  Nein

Sonstiger Facharzt? \_\_\_\_\_

Wenn ja, was?: \_\_\_\_\_

Thema Krebsvorsorge- wann war die letzte Darmspiegelung? \_\_\_\_\_

Wurde bereits bei Ihnen eine Magenspiegelung veranlasst? Wenn ja, wann und warum? \_\_\_\_\_

Wann war die letzte Ultraschalluntersuchung des Bauches? \_\_\_\_\_

Haben Sie einen Impfpass?  Ja  Nein

Hatten Sie Masern als Kind?  Ja  Nein

Gibt es in Ihrer Familie Tumorerkrankungen?  Ja  Nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Hatte ein Familienmitglied im Alter von unter 65 Jahren einen Herzinfarkt,  
plötzlichen Herztod oder Schlaganfall?  Ja  Nein

Aktuelle Medikation: \_\_\_\_\_

Allergien: \_\_\_\_\_