##DATUM

Sehr geehrte Frau ##NAME,

um Sie optimal betreuen zu können, füllen Sie bitte folgenden Bogen vorab aus.

Adresse: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Größe: \_\_\_\_\_\_ cm Gewicht: \_\_\_\_\_\_ kg Beruf:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tel:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Handy:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

e-mail:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Allergien (Medikamente):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Hausarzt:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Namen der eingenommenen Medikamente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Besteht z.Zt. eine Schwangerschaft: ja/nein

***Ihre Vorgeschichte/ Vorerkrankungen***

JA NEIN

[ ]  [ ]  Bluthochdruck

[ ]  [ ]  Zuckerkrankheit/Diabetes

[ ]  [ ]  Herzinfarkt/Herzkranzerkrankung/Schlaganfall

[ ]  [ ]  Lungenerkrankungen (z.B. Asthma, COPD, chronische Bronchitis)

[ ]  [ ]  Krebserkrankungen , wenn ja, welche:

[ ]  [ ]  Neurologische Erkrankungen (z.B. Epilepsie, Parkinson, MS)

[ ]  [ ]  Erhöhter Augeninnendruck („Grüner Star“)

[ ]  [ ]  Psychische Erkrankungen

[ ]  [ ]  Operationen, wenn ja, welche:

***Ihre urologische Vorgeschichte***

JA NEIN

[ ]  [ ]  Entzündungen

[ ]  [ ]  Nierenerkrankungen (z.B. Nierensteine)

[ ]  [ ]  Blasenerkrankungen

[ ]  [ ]  Urologische Operationen: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

[ ]  [ ]  Inkontinenz

Sonstiges / Bemerkungen: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***Ihre Vorsorgeuntersuchung***

Regelmäßige Vorsorgeuntersuchungen sind dafür da, Krebserkrankungen frühzeitig - vor dem Auftreten von Beschwerden - zu erkennen und durch rechtzeitige Behandlung die Heilungschancen zu erhöhen.

Ihr persönliches Risikoprofil bestimmt, ***welche*** Untersuchungen ***in welcher Häufigkeit*** empfohlen werden.

Dazu benötigen wir folgende Angaben:

JA NEIN

[ ]  [ ]  Nieren-/Blasenkrebs in der Familie

[ ]  [ ]  Arbeit mit „Giften“ oder Chemikalien

[ ]  [ ]  Raucher [ ]  früher geraucht

[ ]  [ ]  gehäufte Entzündungen im Harntrakt

[ ]  [ ]  letzte Vorsorgeuntersuchung? Wann zuletzt?

[ ]  [ ]  sonstige Krebserkrankungen in der Familie

***Ihre Vorsorge- und Gesundheitsuntersuchungen***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Als Ergänzung und zur Erhebung Ihres **persönlichen Risikoprofils** können Sie zusätzliche kostenpflichtige Untersuchungen als **„individuelle Gesundheitsleistung“** wählen. |  |  |
| **Ich wünsche die Erbringung folgender ärztlicher Leistungen****auf eigene Kosten:** |  | **€**  |
|  |  |  |
| **Blasenkrebs-Früherkennung**Urintest-NMP 22 ( „Bladder-Check“, Tumormarker)Empfohlen für alle (Ex-)Raucherinnen und Frauen, die oft mit bestimmten Chemikalien (aromatische Amine) zu tun haben (Chemie-, Stahl- und Lederindustrie; Automechaniker, Zahntechniker und Friseure) | [ ]  | 41,- |
| **Urologische Vorsorge Harntrakt**Sonographie Nieren und BlaseEmpfohlen für alle Frauen ab dem 40. Lebensjahr alle 1-2 Jahre  | [ ]  | 50,- |
|  |  |  |