

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ geb. am \_\_\_\_\_

Arbeitgeber: \_\_\_\_\_ Beruf: \_\_\_\_\_

Zur Vorbereitung der Vorsorgeuntersuchung bitten wir Sie, diesen Fragebogen auszufüllen. Bringen Sie ihn sowie Ihren **Impfausweis** bitte zum Vorsorgetermin am \_\_\_\_\_ mit.

**Gesundheitsvorgeschichte der Familie**

Schwere Erkrankungen Ihrer nächsten Angehörigen (Eltern, Geschwister, Kinder)

Welche? Wer?

|                         |                               |                             |  |  |
|-------------------------|-------------------------------|-----------------------------|--|--|
| Zuckerkrankheit         | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |  |  |
| Krebserkrankungen       | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |  |  |
| Herzerkrankungen        | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |  |  |
| Psychische Erkrankungen | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |  |  |
| Allergien               | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |  |  |
| Sonstiges               | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |  |  |

Nehmen Sie Medikamente, die nicht von uns verordnet oder empfohlen wurden (z.B. Anti-Baby-Pille, Vitaminpräparate, pflanzliche oder homöopathische Medikamente aus der Apotheke)?

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

Rauchen Sie? ☐ Nein ☐ Ja: \_\_\_\_ Zigaretten pro Tag, seit \_\_\_\_ Jahren schon

Trinken Sie Alkohol? ☐ Nein ☐ Ja: wann und wie viel \_\_\_\_\_

Fühlten Sie sich im letzten Monat häufig niedergeschlagen, traurig, bedrückt oder hoffnungslos?

☐ Ja ☐ Nein

Hatten Sie im letzten Monat deutlich weniger Lust und Freude an Dingen, die Sie sonst gerne tun?

☐ Ja ☐ Nein

**Haben Sie auch einen Termin zum  
Hautkrebs-Screening,  
dann beachten Sie bitte  
auch die Rückseite!**

Der Gesundheits-Check der Krankenkasse umfasst: Körperliche Untersuchung, Blutentnahme (Zucker und Blutfette), Urinuntersuchung und Befragung zu Vorerkrankungen.

Seit 1. Juli 2008 wird das Hautkrebs-Screening angeboten. Dieses ist eine Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung und gehört zum Krebsfrüherkennungsprogramm. Sie haben ab dem Alter von 35 Jahren einen Anspruch, sich alle 2 Jahre von uns oder einem teilnehmenden Hautarzt auf verdächtige Veränderungen der Haut untersuchen zu lassen. Zur weiteren Abklärung auffälliger Hauterscheinungen werden Sie ggf. an eine Fachärztin/einen Facharzt für Dermatologie überwiesen.

### **Vorbereitungen auf die Untersuchung zu Hause:**

Entfernen Sie Nagellack von Finger- und Zehennägeln, denn Hautkrebs kann auch unter den Nägeln entstehen.

Körperschmuck entfernen, v.a. große Ohrstecker und Piercings, denn es wird auch auf kleine Veränderungen geachtet.

Verzichten Sie auf Make-up, denn vor allem der „helle Hautkrebs“ ist mit Make-up kaum zu entdecken.

Tragen Sie keine aufwendige Frisur (kein Gel, Haarspray, keine Zöpfe), denn wir werden ihre Kopfhaut genau untersuchen.

Sie werden sich für die Untersuchung einmal komplett (inkl. Unterwäsche) entkleiden müssen.

Bitte beantworten Sie uns die folgenden wichtigen Fragen, damit wir Ihre individuellen Risiken besser abschätzen können:

1. War oder ist ein Verwandter ersten Grades (Eltern, Kinder) an einem malignen Melanom erkrankt? ☐ Ja ☐ Nein

2. Waren Sie in der Vergangenheit schon einmal

an einem malignen Melanom erkrankt? ☐ Ja ☐ Nein

an einem Basalzellkarzinom erkrankt? ☐ Ja ☐ Nein

an einem Plattenepithelkarzinom erkrankt? ☐ Ja ☐ Nein

3. Nehmen Sie Medikamente, die das Immunsystem unterdrücken (Immunsuppression), z.B. nach Organtransplantation? ☐ Ja ☐ Nein

4. Ist Ihnen in letzter Zeit eine Veränderung an Ihrer Haut aufgefallen? ☐ Ja ☐ Nein

5. Haben Sie bereits in diesem oder im letzten Jahr ein Hautkrebs-Screening in Anspruch genommen? ☐ Ja ☐ Nein

Vielen Dank für Ihre Mithilfe!

**Haben Sie auch einen Termin zur  
Gesundheits-  
Vorsorgeuntersuchung,  
dann beachten Sie bitte  
auch die Rückseite!**