



COLOGNE PREVENT

Dr. Undine Pittl

Name:

Datum:

1. Mit welchen **Beschwerden** oder Fragen kommen Sie zu uns:

Zum **Checkup**

2. **Nikotin**

Alkohol

Drogen

3. **Allergien** inkl. Medikamente

4. Welche **Medikamente** oder **Nahrungsmittelergänzungen** nehmen Sie ein? Keine

Haben Sie einen separaten Medikamentenplan, den Sie uns vorlegen können, ist ein Ausfüllen der Tabelle nicht erforderlich

Medikamente und Dosis in mg, g, Tropfen etc.	Mo	Mi	Ab	Nachts

5. **Familiäre Vorerkrankungen** bei < 60-jährigen erst-gradigen Verwandten



COLOGNE PREVENT

Dr. Undine Pittl

5. Haben Sie **Probleme beim Schlafen**?

- Einschlafprobleme
- Durchschlafprobleme
- Gestörter Schlaf durch nächtliches Wasserlassen (wie oft: _____)

6. Fragen bzgl. Ihrer **Ausscheidung**

- Probleme beim Wasserlassen, wenn ja, welche:

- Probleme beim Stuhlgang, wenn ja, welche:

- Bei Patienten > 50 Jahre, wann war Ihre letzte Dickdarmspiegelung (Koloskopie):

7. **Freizeitaktivitäten**/Sport – welche Sportart/wie oft pro Woche?

8. Wie sieht Ihr **Impfstatus** aus?

- Folg. Impfungen sollten nachgeholt werden, z.B. Grippe, Pneumokokken, Gürtelrose, Tetanus
- COVID-Impfung nötig, wann letzter Infekt/letzte Impfung:

7. Wie schätzen Sie ihr generelles **Stress-Level** zur aktuellen Zeit ein?

1 = kein Stress, 10 = Stresslevel kaum erträglich

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10