

Check-up Untersuchung

Name: _____ **Geb. Datum:** _____

Sie haben einen Termin zur Check-up (Vorsorge) Untersuchung in unserer Praxis.

Bitte bringen Sie zu Ihrem Blutentnahmetermin Folgendes mit:

- Ihre Versicherten-Karte
- Ihren Impfpass
- Ihren Medikamentenplan

Kommen sie an diesem Tag nüchtern, Ihre Medikamente dürfen Sie mit einem Glas Wasser einnehmen.

- Sind Sie Raucher?
 - Ja
 - Nein
- Haben Sie Allergien/Unverträglichkeiten gegenüber Medikamenten?
 - Ja, welche?

- Nein

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein, wenn ja welche und zu welcher Tageszeit?

Medikament	Morgens	Mittags	Abends	Zur Nacht

Datum:

Unterschrift: