

Checkliste für die persönliche Krankheitsprävention

Name:

Vorname:

Geb.Datum:

Ausgefüllt am:

	Wert	zu tief	optimal	zu hoch	Massnahme
Grösse:	<input type="text"/>				
Gewicht:	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
BMI:	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Blutdruck:	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Puls:	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Cholesterin	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Blutzucker	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

Impfungen

letztesmal durchgeführt:

Datum

nächster Termin bei Dr.

1. Diphtherie/Tetanus	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Vorsorgekontrollen

letztesmal durchgeführt:

Datum

nächster Termin bei Dr.

Gynäkolog. oder
Urolog. Kontrolle

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

individuelle
Krebsvorsorge

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

Besuch bei
Dentalhygiene

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

Knochendichte Messung
Sturzrisiko-Test

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

Gewichtsverlust
in kurzer Zeit

Ja	Nein	Massnahme
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

Alkoholkonsum
Rauchen

kein	mässig	oft	Massnahme
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

Stressrisiko

tief	mittel	hoch	Massnahme
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

