

# Mein persönlicher Gesundheitsstatus

**Haben Sie selbst oder Verwandte ersten Grades (z. B. Ihre Eltern, Ihre Kinder) eine oder mehrere der folgenden Erkrankungen?**

**Sind in Ihrer Familie oder bei Ihnen selbst folgende Erkrankungen bekannt?**

bei Verwandten ersten Grades (z. B. Ihren Eltern, Ihren Kindern)

bei Ihnen selbst

- |                                                                                                                                                                                                                              |                             |                               |                             |                               |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| 1) <b>Erkrankungen, die die Gefäße schädigen</b> , wie Gefäßverkalkung, Diabetes mellitus, Bluthochdruck, Durchblutungsstörungen der Beine oder Schlaganfall?                                                                | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 2) <b>Erkrankungen des Herzens</b> , wie Gefäßverkalkung der Herzkranzgefäße, Entzündung von Herzhaut oder -muskel, Herzklappenfehler, Herzschwäche, Herzinfarkt oder Herzrhythmusstörung?                                   | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 3) <b>Hauterkrankungen</b> , wie Neurodermitis, Schuppenflechte, schlecht heilende Wunden, Hautkrebs oder Allergien?                                                                                                         | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 4) <b>Gelenkerkrankungen</b> , wie Verschleißerscheinungen an Hüfte, Knie oder Schulter, Rheuma, Rückenleiden oder Knochenschwund (Osteoporose)?                                                                             | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 5) <b>Lungenerkrankungen</b> , wie Asthma, chronischer Husten, Lungenkrebs oder berufsbedingte Lungenerkrankungen?                                                                                                           | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 6) <b>Nieren- oder Harnwegserkrankungen</b> , wie Nierenentzündung, Dialysepflicht oder bösartige Tumore in Nieren oder Harnwegen?                                                                                           | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 7) <b>Erkrankungen der Verdauungsorgane</b> , wie dauerhaftes Sodbrennen, Entzündungen der Leber- oder Gallenblase, chronische Darmentzündung, Leberzirrhose, Krebs in Leber, Gallenblase, Speiseröhre, Magen oder Dickdarm? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 8) <b>Psychische oder neurologische Erkrankungen</b> , wie Essstörung, Alzheimer, Alkohol- oder Medikamentensucht, Epilepsie, Morbus Parkinson, Depression, Schizophrenie oder andere?                                       | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 9) <b>Sonstige Erkrankungen</b>                                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

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

E-Mail [persoenlich-plus@ikk-classic.de](mailto:persoenlich-plus@ikk-classic.de)

Hotline **0800 677 677 1 (kostenlos)**

Bitte senden Sie mir zu den mit „ja“ angekreuzten Themengebieten regelmäßig Informationsmaterial zu und erinnern Sie mich an wichtige Termine. Ich möchte, dass mein Arzt mich über die besonderen Leistungsangebote der IKK classic zur Gesundheitsförderung informiert.

Datum, Unterschrift

Ihre Angaben sind freiwillig. Ihre Daten werden nur zu den Vertragszwecken Ihrer Teilnahmeerklärung im Rahmen der hausarztzentrierten Versorgung verwendet. Dieser Bogen unterstützt Ihren behandelnden Arzt bei der Feststellung Ihres Gesundheitsstatus und verbleibt bei Ihrem Arzt. Die IKK classic erhält keinen Einblick in die von Ihnen gemachten Angaben.