Ultraschallscreening

SKOLAMED
Gesundheits-Check-up & Coaching

Anamnese (vom Teilnehmer auszufüllen)		
Alter / Geschlecht	_____Jahre	O männlich O weiblich O divers
Risikofaktoren	O Bluthochdruck O Fettstoffwechselstörung	O Raucher (mehr als 3 Zigaretten / Tag) O Diabetes mellitus
Vorerkrankungen	O Herzinfarkt O Schlaganfall	O Gallen-/Nierensteine O Operationen im Bauchraum O sonstige, z.B. Tumorerkrankungen
Vorerkrankungen in der Familie bei Eltern oder Geschwistern	O Herzinfarkt O Schlaganfall O sonstige	

ID:

Ergebnisdokumentation (vom Arzt/ von der Ärztin auszufüllen)				
Ultraschall Carotis				
Intima-Media-Dicke	**rechts**		**links**	
	O Bis 0,1	O > 0,1	O Bis 0,1	O > 0,1
Kalkablagerung	O ja	O nein	O ja	O nein
Durchblutung beeinträchtigt	O ja	O nein	O ja	O nein
Blutdruck	Wert: /	O normal O Kontrolle empfohlen (ab 140/90 mmHg)		
Befund	O unauffällig /unkritisch. Allgemeine Vorsorge empfohlen. O auffällig, Kontrolle empfohlen. Wann: _____			
Ultraschall Bauchraum				
Bedingungen/Sicht	O gut	O eingeschränkt	O sehr eingeschränkt	
	O Steatosis hepatis (Zeichen der Leberzellverfettung) O Herdbefunde in der Leber O Gallenblasenstein	O Nierenzyste / Nierenstein / Aufstau des Nierenbeckens O Arteriosklerose der Bauchaorta O Milzvergrößerung O Sonstige:		
Befund	O unauffällig / unkritisch. Allgemeine Vorsorge empfohlen. O auffällig, Kontrolle empfohlen. Wann: _____			
	sonstiges / Hinweise: Name Stempel / Unterschrift			

Unter Angabe der ID (s.o.) kann Ihr Facharzt bei Bedarf die Ultraschallbilder bei Skolamed anfordern.