

Kardiologische Gemeinschaftspraxis
Medizincampus Erding und Freising

Name:	Geburtsdatum:
Telefonnummer:	Beruf:

Waren Sie bereits an COVID-19 erkrankt? Ja Nein
Sind sie gegen Corona geimpft? Ja Nein

Trifft eine der folgenden Erkrankungen oder Angaben auf Sie zu?			
Schmerzen in der Brust	<input type="checkbox"/>	Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/>
Luftnot	<input type="checkbox"/>	Durchblutungsstörungen	<input type="checkbox"/>
Ohnmacht	<input type="checkbox"/>	Herzinfarkt	<input type="checkbox"/>
Schwindel	<input type="checkbox"/>	Schlaganfall	<input type="checkbox"/>
Herzstolpern, -rasen	<input type="checkbox"/>	Aortokoronare Bypass-Operation	<input type="checkbox"/>
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>	frühere Herzkatheteruntersuchung	<input type="checkbox"/>
erhöhte Blutfettwerte	<input type="checkbox"/>	Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/>
Infektionskrankheiten	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

sonstige Erkrankungen:

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? Ja Nein
Wenn ja, listen sie bitte diese hier mit Stärke und Dosierung auf:
Beispiel: Bisoprolol 5mg morgens und abends 1 Tablette = Bisoprolol 5 mg 1-0-1

Bitte Medikamentenplan vorlegen!
1.
2.
3.
4.
5.

Vertragen Sie bestimmte Medikamente nicht? Ja Nein
Wenn ja, geben Sie sie bitte am Empfang an oder listen sie diese hier auf:
1.
2.
3.

Leiden Sie an Allergien? Ja Nein
Wenn ja, geben Sie sie bitte am Empfang an oder listen sie diese hier auf:
1.
2.
3.

Rauchen Sie? Ja Nein
Waren Sie im letzten halben Jahr im Krankenhaus ? Ja Nein

Für Frauen vor der Menopause: Liegt eine Schwangerschaft vor?
 Ja Nein

Haben Ihre Eltern oder Geschwister eine der folgenden Erkrankungen ?			
Herzinfarkt	<input type="checkbox"/>	Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/>
Herzkranzgefäßerkrankung	<input type="checkbox"/>	Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>
Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	Sonstige Herzkrankheiten	<input type="checkbox"/>
Plötzlicher Herztod	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>