

Name Patient/in:	Geburtsdatum:
Telefonnummer:	Beruf:

Trifft eine der folgenden Erkrankungen oder Angaben auf Sie zu? wenn ja, bitte ankreuzen

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"/>

Sonstiges/sonstige Erkrankungen

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? Falls ja, legen Sie bitte Ihren Medikamentenplan am Empfang vor!	Wenn Sie keinen Medikamentenplan haben, listen Sie bitte die Medikamente mit Stärke und Dosierung auf: <i>Beispiel: Bisoprolol 5mg morgens und abends 1 Tablette = Bisoprolol 5 mg 1-0-1</i>
--	--

Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	1. _____
	2. _____
	3. _____
	4. _____
	5. _____

Vertragen Sie bestimmte Medikamente nicht?	Wenn ja, geben Sie sie bitte am Empfang an oder listen Sie diese hier auf:
---	---

Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	_____
---	-------

Leiden Sie an Allergien?	Wenn ja, geben Sie sie bitte am Empfang an oder listen Sie diese hier auf:
---------------------------------	---

Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	_____
---	-------

Rauchen Sie?	Waren Sie im letzten halben Jahr im Krankenhaus?
---------------------	---

Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
---	---

Für Frauen vor der Menopause: Liegt eine Schwangerschaft vor?

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

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"/>