

PERSÖNLICHE DATEN:

NAME	VORNAME
TITEL	GEB. DATUM
STRASSE, HAUSNR.	TELEFON PRIVAT
PLZ, ORT	TELEFON MOBIL
BERUF	TELEFON BERUF

HAUSARZT	NAME	ORT
-----------------	------	-----

NAME der privaten KRANKENKASSE		
Normaltarif	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Basis/Standardtarif	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja bitte Behandlungsausweis vorlegen

Zusätzliche Information

Wir bieten Ihnen an Sie an notwendige Kontrolltermine schriftlich zu erinnern. Bitte erklären Sie Ihr Einverständnis für diese zusätzliche kostenlose Leistung.

.....
Datum, Unterschrift

Bitte tragen Sie alle Medikamente vollständig ein:

KEINE

Name des Medikaments und Stärke/mg oder <input type="checkbox"/> ANLAGE	Morgens	Mittags	Abends	Nachts

Vorerkrankungen

	Bei Ihnen	Mutter	Vater	Geschwister
Bluthochdruck				
Diabetes				
Schlaganfall				
Herzoperation				
Herzgefäßerkrankung				
Reanimation /Plötzlicher Herztod (in d. Familie)				
Herzinfarkt				
Frühere Herzkatheteruntersuchungen?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja			
Wenn <u>ja</u> , Wann zuletzt: _____ Wo: _____				
Kontrastmittelallergie bekannt?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja			
Medikamentenunverträglichkeit bekannt?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja			
Sonstige Erkrankungen	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja			
Wenn <u>ja</u> , Welche: _____				
Sind Sie im Krankenhaus kardiologisch behandelt worden?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja			
Wenn <u>ja</u> , Wann zuletzt: _____ Wo: _____				

Rauchen

<input type="checkbox"/> NIE GERAUCHT	<input type="checkbox"/> JA, seit: _____	Wie viel? _____	<input type="checkbox"/> NICHT MEHR, seit: _____
---------------------------------------	--	-----------------	--