

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 ja, 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 ja, Welche: | _____ | | | |
| Sind Sie im Krankenhaus kardiologisch behandelt worden? | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja | | | |
| Wenn ja, Wann zuletzt: | Wo: _____ | | | |

Rauchen

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