

**PERSÖNLICHE DATEN:**

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

<b>HAUSARZT</b>	NAME	ORT
-----------------	------	-----

STATIONÄR zusatzversichert?  Nein  Ja

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

**Rauchen**

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