

PERSÖNLICHE DATEN:

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

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:
---------------------------------------	------------------------------------	-----------	--