

**PERSÖNLICHE DATEN:**

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

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

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

**Rauchen**

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