



Name/Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

wir bitten Sie, die folgenden Fragen so gut Sie können zu beantworten. Wenn Sie Schwierigkeiten haben oder Hilfe benötigen, so wenden Sie sich bitte an uns.

1. Wie groß und wie schwer sind Sie? \_\_\_\_\_ cm \_\_\_\_\_ kg

2. Besteht bei Ihnen eine Zuckerkrankheit? Ja  Nein

3. Rauchen Sie? Ja  Nein

Wenn ja: Wie viele Zigaretten/Tag? \_\_\_\_\_

4. Sind bei Ihnen erhöhte Blutfettwerte bekannt? Ja  Nein

5. Leiden Sie unter Bluthochdruck? Ja  Nein

Wenn ja: Seit wann? \_\_\_\_\_

6. Sind in Ihrer Familie Gefäßerkrankungen (Herzinfarkt/Schlaganfall) aufgetreten? Ja  Nein

7. Bestehen Allergien/Medikamentenunverträglichkeiten? Ja  Nein

Wenn ja: welche? \_\_\_\_\_

8. Bestehen ernsthafte Vorerkrankungen? Ja  Nein

9. Sind Sie schon einmal operiert worden? Ja  Nein

Wenn ja: was wurde operiert? \_\_\_\_\_

10. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Ja  Nein

Wenn ja: welche? \_\_\_\_\_

Medikament	Morgens	Mittags	Abends

### Patientenerklärung zur Weitergabe und Einholung von medizinischen Befunden

Hiermit erkläre ich, dass ich mit der Übersendung des Befundberichtes und der in der Praxis Kardiologie VS erhobenen Befunde an den überweisenden Arzt bzw. meinen Hausarzt und an weiterbehandelnde Kollegen und Krankenhäuser einverstanden bin. Darüber hinaus erkläre ich mein Einverständnis zur Anforderung notwendiger Vorbefunde vorbehandelnder Kollegen und Krankenhausabteilungen durch die Praxis Kardiologie VS.

\_\_\_\_\_  
VS, d. (Datum)

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Patienten