

PERSÖNLICHE DATEN:

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

| | | |
|-----------------|------|-----|
| HAUSARZT | NAME | ORT |
|-----------------|------|-----|

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

Rauchen

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