



**Kardiologische  
Schwerpunktpraxis  
Gesundheitszentrum  
Mössingen**

**Welche Medikamente nehmen Sie ein?**

(Beispiel: Metoprolol 100 mg 1-0-1)

---

---

---

---

---

---

NAME

---

GRÖSSE

---

GEWICHT

**Risikofaktoren:**

- Bluthochdruck       nein       ja  
Diabetes             nein       ja  
hohes Cholesterin    nein       ja  
Rauchen             nein       ja  
Alkohol       nicht tgl.    nein       tgl.

**Aktuelle Beschwerden:**

- Brustschmerz       nein       ja  
Atemnot             nein       ja  
Herzstolpern/-rasen    nein       ja  
Schwindel/Kollaps    nein       ja  
Schnarchen         nein       ja  
Atempausen         nein       ja  
Schwere Infekte     nein       ja

Sonstige Beschwerden

---

**Nur ausfüllen, wenn Sie das erste Mal hier sind!**

- Krankenhaus stationär    nein       ja  
Herzkatheter/Stent       nein       ja  
Herzoperationen         nein       ja  
Allergien                 nein       ja

**in der Familie:**

- Herzinfarkt             nein       ja  
Schlaganfall            nein       ja  
Bluthochdruck         nein       ja

**Beruf**

---

Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit.  
Offene Fragen klären wir im persönlichen Gespräch.