

Welche Medikamente nehmen Sie ein?

(Beispiel: Metoprolol 50 mg 1-0-0)

NAME

GEBURTSDATUM

BERUF

GRÖSSE

GEWICHT

Risikofaktoren:

- Bluthochdruck nein ja
Diabetes nein ja
hohes Cholesterin nein ja
Rauchen (ex seit) 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

Nur bei ihrem ersten Termin ausfüllen!

- Frühere Krankheiten nein ja
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

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

Bitte nicht ausfüllen.										Arzt	AB diktiert
LZ-EKG	LZ-RR	Event	Strebecho	Duplex	Porti	TEE	Labor	Invasiv	SM	Ktr.