



**Kardiologische
Schwerpunktpraxis
Gesundheitszentrum
Mössingen**

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 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

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

Für Ihren Arzt. Bitte nicht ausfüllen.

Arzt

AB diktiert

E LZ-EKG LZ-RR Event StreBecho Duplex Porti TEE Labor Invasiv SM Ktr.