

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
herzlich Willkommen in unserer Praxis!

Wir bitten Sie, uns vorab einige Fragen zu beantworten.

Dr. med. B. Levenson*
Dr. med. A. Albrecht*
Dr. med. B. Hesse
ÄRZTE FÜR INNERE MEDIZIN
UND KARDIOLOGIE
*ÄRZTE FÜR NOTFALLMEDIZIN

Dr. med. C. Eisenhut
ÄRZTIN FÜR INNERE MEDIZIN,
KARDIOLOGIE UND
SPORTMEDIZIN
FLIEGERÄRZTLICHE
UNTERSUCHUNGSSTELLE

Name, Vorname: _____ Geb.-Datum: _____

e-mail: _____

Tel-Nr: _____ Handy-Nr: _____

Welche **Beschwerden** führen Sie in unsere Praxis?

Sind bei Ihnen **Risikofaktoren für Herz-Kreislaufkrankungen** bekannt?

- **Hoher Blutdruck?** ja, seit ca. _____ nein
- **Hoher Cholesterinwert?** ja nein
- **Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus)?** ja, seit ca. _____ nein
- **Rauchen Sie?** ja, _____ /Tag nein, Ex-Raucher seit _____ nein
- **Familiäre Belastung** mit Herzerkrankungen? ja, bei _____ nein
- Treiben Sie **Sport?** (Wenn ja, wie oft?) ja, _____ nein

Sind bei Ihnen **Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems** bekannt?

Haben oder hatten Sie **andere Krankheiten**?

Welche **Medikamente** nehmen Sie ein? Bitte auch die Stärke (in mg) und tägliche Dosis angeben.
(Falls Sie einen **Medikamentenplan** haben, geben Sie diesen bitte mit diesem Bogen ab)

Haben Sie **Allergien**? ja, _____ nein

Ihre **Größe**: _____ cm Ihr **Gewicht**: _____ kg

Haben Sie eine **private Zusatzversicherung für stationäre Leistungen**? ja nein

Soll Ihr **behandelnder Arzt einen Befundbericht** erhalten? ja nein

Auf wessen **Empfehlung** kommen Sie zu uns? _____

Die in der Praxis geltenden Datenschutzregelungen habe ich zur Kenntnis genommen. Diese liegen in der Praxis aus und sind auf der Homepage (www.cardio-clinic.com) einsehbar.

Vielen Dank!

Datum

Unterschrift