



Wir möchten Sie bitten, uns die folgenden Fragen vorab als Information für den Arzt zu beantworten, auch wenn Sie diesen bereits im Rahmen einer vorherigen Vorstellung ausgefüllt haben.

Zutreffendes bitte ankreuzen und ggf. weitere Angaben machen. **Bitte nur die Vorderseite ausfüllen!**

Rauchen Sie?

<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja Seit wie vielen Jahren rauchen sie? Wie viel Zigaretten täglich?	<input type="checkbox"/> aufgehört seit: Wie viele Jahre haben sie geraucht? Wie viel Zigaretten täglich?
-------------------------------	--	---

Ist Ihr Cholesterinspiegel erhöht?

<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, seit: Höchster Wert:	<input type="checkbox"/> nicht bekannt
-------------------------------	--	--

Sind Sie zuckerkrank (Diabetes mellitus)?

<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, seit: <input type="checkbox"/> Tabletten <input type="checkbox"/> Insulin <input type="checkbox"/> ohne Medikamente	<input type="checkbox"/> nicht bekannt
-------------------------------	---	--

Leiden Sie unter Bluthochdruck (Hypertonie)?

<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, seit: _____, behandelt seit: Eigenmessung (Durchschnitt): Hausarztmessung (Praxis): Höchster Wert:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Hersteller:
<input type="checkbox"/> nicht bekannt		

Tragen Sie einen Herzschrittmacher?

Ist eine der folgenden Krankheiten bei Ihnen bekannt?

Allergie	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Welche?
Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja,	seit: _____ behandelt mit: _____
Leberentzündung (Hepatitis)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja,	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C
Tuberkulose	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ausgeheilt
Weitere schwerwiegende Erkrankung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Welche?

Waren Sie wegen des Herzens, einer anderen Gefäßkrankheit oder einer anderen schwerwiegenden Erkrankung im Krankenhaus?

<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Wann?	Weshalb?	Wo?

Krankheiten in der Familie (Eltern, Großeltern, Geschwister)

	Wer?	In welchem Alter?
Herzinfarkt/Herzkatheter/Stent	<input type="checkbox"/> ja	
Bypass-Operation	<input type="checkbox"/> ja	
Schlaganfall	<input type="checkbox"/> ja	
sonstige Herzkrankheiten	<input type="checkbox"/> ja	
.....	<input type="checkbox"/> ja	

Gerne helfen wir Ihnen beim Ausfüllen des Fragebogens! Vielen Dank.