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?

☐nein	☐ja Seit wie vielen Jahren rauchen sie? Wie viel Zigaretten täglich?	☐ aufgehört seit: Wie viele Jahre haben sie geraucht? Wie viel Zigaretten täglich?

Ist Ihr Cholesterinspiegel erhöht?

☐nein	☐ ja, seit: Höchster Wert:	☐ nicht bekannt

Sind Sie zuckerkrank (Diabetes mellitus)?

☐nein	☐ ja, seit: ☐Tabletten ☐Insulin ☐ ohne Medikamente	☐ nicht bekannt

Leiden Sie unter Bluthochdruck (Hypertonie)?		**Tragen Sie einen Herzschrittmacher?**
☐nein ☐nicht bekannt	☐ ja, seit: , behandelt seit: Eigenmessung (Durchschnitt): Hausarztmessung (Praxis): Höchster Wert:	☐nein ☐ja Hersteller:

Ist eine der folgenden Krankheiten bei Ihnen bekannt?

Allergie	☐nein	☐ja	Welche?
Schilddrüsenerkrankung	☐nein	☐ja,	seit: behandelt mit:
Leberentzündung (Hepatitis)	☐nein	☐ja,	☐A ☐B ☐C
Tuberkulose	☐nein	☐ja	☐ausgeheilt
Weitere schwerwiegende Erkrankung	☐nein	☐ja	Welche?

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

☐nein	☐ja	Wann?	Weshalb?	Wo?

Krankheiten in der Familie (Eltern, Großeltern, Geschwister)

	Wer?	In welchem Alter?
Herzinfarkt/Herzkatheter/Stent	☐ja	
Bypass-Operation	☐ja	
Schlaganfall	☐ja	
sonstige Herzkrankheiten	☐ja	
.....	☐ja	

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

Muster