



Datum..... (Bitte bei den folgenden Fragen geg. Zutreffendes ankreuzen)

Name.....Vorname.....geb.:.....Tel.:.....

Strasse:..... PLZ:..... Wohnort:.....

Krankenvers.:.....

Stationäre Zusatzversicherung ja O / nein O Kranken-Vers.:

IHRE AKTUELLEN BESCHWERDEN:.....

.....
In den letzten 6 Monaten waren Sie bei Ihrem Hausarzt () ; einem Facharzt ? ()

oder stationär? Geg. Wann ? Und in welchem KrHs?

.....
Herzkatheter? ...ja/nein...Bypassoperation/en?.....ja/nein Klappenoperation?..ja/nein
Herzschrittmacher? ja/nein.....

Falls ja, wann und in welchem Krankenhaus/Praxis?

.....
Zwischenzeitlich andere Operationen Ja/Nein Wann?

Welche?

Hatten Sie einen **Herzinfarkt**? Ja/Nein.....Wann?

Leiden Sie an **Herzstolpern** ? Ja/NeinSeit?

Hatten Sie einen **Schlaganfall** ? Ja/NeinWann?

Hatten Sie eine **Gefäß-Operation** ? Ja/Nein.....Wann?.....

Andere chronische Krankheiten? Ja/Nein..... Welche?.....

MEDIKAMENTE:

.....
Größe..... Gewicht..... Blutdruck.....

Allergie O (Kontrastmittel O).....Diabetes O...(Insulin O).....

Liegt eine Schwangerschaft vor? Ja/ Nein Voraussichtliches Datum ET.....

-----**von der Praxis auszufüllen**-----

Wiedereinbestellung ja/neinSelbst angemeldet ? ja/nein

Vom Hausarzt/ Facharzt überwiesen? HA O /FA O Name:.....

0 GKV 0 GKV stat. Zusatzv. 0 PKV

Brief an: Patient / Arzt Sonstigen:

Blutdruck:..... Chip-Karte: Ja/Nein Überweisung Ja/Nein