

Ihre Gesundheit liegt uns am Herzen.

Name: _____ **Geburtsdatum:** _____

Für eine gute Beratung ist die Kenntnis Ihrer medizinischen Vorgeschichte und Ihre Medikation für uns wichtig. Ihre aktuellen Beschwerden besprechen wir im persönlichen Gespräch!

Vorerkrankungen und Voruntersuchungen – bei ja, bitte konkretisieren mit Zeitangabe

Koronare Herzerkrankung oder Herzinfarkt	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja	_____
Herzkatheteruntersuchung	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja	_____
Andere Herzuntersuchungen	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja	_____
Herzschwäche	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja	_____
Herzoperation	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja	_____
Herz-Rhythmusstörungen	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja	_____
Herzklappenerkrankungen	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja	_____
Herzschrittmacher oder ICD	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja	_____
pAVK/Durchblutungsstörung	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja	_____
Schlaganfall oder TIA	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja	_____
Embolie/Thrombose	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja	_____
Operationen	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja	_____
Schilddrüsenüberfunktion	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja	_____
Lungenerkrankungen	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja	_____
Krebserkrankungen	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja	_____
Allergien/Unverträglichkeit	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja	_____
Sonstige:	_____		
Nikotin	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja	_____
Hypertonus/Bluthochdruck	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> aktuelle Werte: _____
Cholesterinerhöhung	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja	_____ <input type="radio"/> nicht bekannt
Diabetes/Zuckerkrankheit	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja	_____
Familiäre Herzinfarkte vor 50. Lebensjahr	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja	_____
Dauermedikation	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> Plan liegt bei _____ <input type="radio"/> wird eingetragen

[illegible]