



Telefonnummer:

Email:

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

bitte helfen Sie uns, Ihre Behandlung optimal zu gestalten, indem Sie uns folgende Informationen zur Verfügung stellen:

Größe _____ cm

Gewicht _____ kg

Vorstellungsgrund: Kontrolluntersuchung Akutvorstellung

Vorerkrankungen: _____

Beruf: _____

Risikofaktoren

Rauchen ja nein bis vor _____ Jahren

Hoher Blutdruck ja nein

Hohes Cholesterin ja nein

Diabetes mellitus ja nein

Herzerkrankungen in der Familie ja nein

Wenn ja, welche ? _____

