



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: _____

(erlernter) Beruf: _____

Teilnahme am DMP-KHK-Programm bei Hausarzt ja; sonstiges Programm?

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 ? _____

Diese Seite bitte nicht ausfüllen! Wird vom Praxisteam ausgefüllt!

RR: _____/_____ mmHg

Puls: _____/pro Minute

Untersuchungsplan:

EKG

ABI

Ergometrie

Carotis-Duplex

Langzeit-EKG

Beinarterien-Duplex

Langzeit-RR

Beinvenen-Duplex

Echo

Nierenarterien-Duplex

Stressecho

Abdomen-Sono

TEE

Lufu

SM-Kontrolle

Aufklärung Coro / TEE

Labor

Befunde

Nächste Behandlung:

LZ-EKG

LZ-RR

Stressecho

Sonstiges: _____

Nächster Termin:

3 Monate

6 Monate

12 Monate

inkl: _____

Rezept:

Name: _____ Geb.-Datum: _____

Medikamente:

Name	Dosis [mg]	morgens	mittags	abends