



Telefonnummer:

E-Mail:

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 | <input type="checkbox"/> | ABI | <input type="checkbox"/> |
| SM-Kontrolle | <input type="checkbox"/> | Abdomen-Sono | <input type="checkbox"/> |
| Ergometrie | <input type="checkbox"/> | Carotis-Duplex | <input type="checkbox"/> |
| Langzeit-EKG | <input type="checkbox"/> | Beinarterien-Duplex | <input type="checkbox"/> |
| Langzeit-RR | <input type="checkbox"/> | Beinvenen-Duplex | <input type="checkbox"/> |
| Echo | <input type="checkbox"/> | Nierenarterien-Duplex | <input type="checkbox"/> |
| Stressecho | <input type="checkbox"/> | Lufu | <input type="checkbox"/> |
| Labor | <input type="checkbox"/> | _____ | |
| Befunde | <input type="checkbox"/> | _____ | |
| einscannen | <input type="checkbox"/> | Aufklärung Coro / TEE | <input type="checkbox"/> |

Nächste Behandlung:

- LZ-EKG LZ-RR Stressecho

Sonstiges: _____

Nächster Termin:

- 3 Monate 6 Monate 12 Monate _____

Inklusive: _____

Rezept:

