

Datum _____

Name/ Vorname/ Geburtsdatum: _____

Tel.: _____

Fax.: _____

Mobil: _____

E-Mail: _____

Vorerkrankungen (mit Jahresangabe):

Herz-Kreislauf

- Herzinfarkt
- Herzrhythmusstörungen
- Schlaganfall

- Herzklappenfehler
- Bypass-OP

- Herzkatheter / Stent
- Beinarterienverschluss

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

Magen-Darm

- Lebererkrankungen
- Magenerkrankungen
- Erkrankungen der Bauchspeicheldrüse
- Tumore des Darmes
- Entzündungen des Darmes

- Nierenerkrankungen

- Schilddrüsenerkrankungen

Lunge

- Chronische Bronchitis
- Asthma

Operationen

(welcher Art/ wann?) _____

Entzündliche Erkrankungen/ Rheuma:

Risikofaktoren:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Nikotinkonsum, -pro Tag? | früher: |
| <input type="checkbox"/> Zuckerkrankheit | <input type="checkbox"/> Alkohol pro Tag |
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Cholesterin erhöht? |
| Gewicht _____ kg | Größe: _____ cm |
| Sport bzw. Bewegung pro Woche: | Stunde(n) _____ |

Welche Medikamente nehmen Sie derzeit regelmäßig ein und wie oft?

Gerne können Sie auch einen Medikamentenplan vorlegen.

Name	mg	morgens/mittags/abends
------	----	------------------------

Sind bei Ihnen Allergien oder Medikamentenunverträglichkeiten bekannt?

Krankenversichert bei:

- Ich bin daran interessiert, über das Vorsorge-Programm gegen
 Ja Nein ► Herzinfarkt ► Schlaganfall ► Krebs und ► Stoffwechselstörungen
 informiert zu werden.
- Ich bin mit dem Weiterleiten meiner in der Internistenpraxis-Alstertal erhobenen Befunde an
 Ja Nein die weiterbehandelnden Ärzte einverstanden. Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung jederzeit
 widerrufen kann.

Unterschrift der Patientin/des Patienten: