

Name/ Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Gewicht: \_\_\_\_\_ kg Größe: \_\_\_\_\_ cm

Telefonnummer: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_

E-Mailadresse: \_\_\_\_\_

Krankenversicherung: \_\_\_\_\_ Hausarzt: \_\_\_\_\_

Sind bei Ihnen Allergien/Medikamentenunverträglichkeiten bekannt? Welche?:

**Welche Medikamente nehmen Sie derzeit regelmäßig und wie oft ein?**

Medikament (+mg)	morgens/mittags/abends	Medikament (+mg)	morgens/mittags/abends

**Vorerkrankungen (mit Jahresangabe):**

Bluthochdruck

Herzinfarkt

Herzrhythmusstörungen

Schlaganfall

Herzklappenfehler

Bypass-OP

Herzkatheter/Stents

Beinarterienverschluss

Entzündliche Erkrankungen/Rheuma

Nierenerkrankungen

Schilddrüsenerkrankungen

Diabetes mellitus

Chron. Bronchitis/Asthma bronchiale

**Operationen (welcher Art/wann):** \_\_\_\_\_

**Risikofaktoren:**

Nikotinkonsum (pro Tag):

Cholesterin erhöht? :

Alkohol (pro Tag) :

Ich habe Interesse am Vorsorge-Programm.

Ja Nein

Ich bin mit dem Weiterleiten meiner Befunde an die weiterbehandelnden  
Ärzt\*innen per Fax oder per KIM-Mail einverstanden. Die im Wartezimmer  
ausliegende Patienteninformation zum Datenschutz habe ich zur Kenntnis genommen.

Ja Nein

Ich möchte per SMS/Email an den Untersuchungstermin erinnert werden.

Ja Nein

**Datum und Unterschrift Patient\*in:** \_\_\_\_\_