



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

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.

Datum und Unterschrift Patient*in: _____