

Datum _____

Name/ Vorname/ Geburtsdatum: _____

Tel.: _____ Fax.: _____

Mobil: _____ E-Mail: _____

Vorerkrankungen (mit Jahresangabe):

Herz-Kreislauf

- Herzinfarkt
 Herzrhythmusstörungen
 Schlaganfall
 Herzklappenfehler
 Bypass-OP
 Herzkatheter / Stent
 Beinarterienverschluss

Lunge

- Chronische Bronchitis
 Asthma

**Operationen
(welcher Art/
wann?)**

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

Magen-Darm

- Lebererkrankungen
 Magenerkrankungen
 Erkrankungen der Bauchspeicheldrüse
 Tumore des Darmes

- Nierenerkrankungen
 Schilddrüsenerkrankungen

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:
Sport bzw. Bewegung pro Woche:	cm
	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:

Ja Nein Ich bin daran interessiert, über das Vorsorge-Programm gegen
 ► Herzinfarkt ► Schlaganfall ► Krebs und ► Stoffwechselstörungen informiert zu werden.

Ja Nein Ich bin mit dem Weiterleiten meiner in der Internistenpraxis Alstertal erhobenen Befunde an die weiterbehandelnden Ärzte einverstanden. Die im Wartezimmer ausliegende Patienten-Information zum Datenschutz habe ich zur Kenntnis genommen. Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung jederzeit widerrufen kann.

Unterschrift der Patientin/des Patienten: _____