

Praxis Dr. med. Werner Kempen

Datum: _____

Sehr geehrte Patientin, Sehr geehrter Patient,
für Ihre Aufnahme benötigen wir Ihre Mithilfe durch folgende Angaben:

Name: _____ Vorname: _____ Geb.-Datum: _____

Größe: _____ Gewicht: _____ Tel.: _____

Welche regelmäßigen Medikamente nehmen Sie ein (weitere Medikamente bitte auf die Rückseite):

Name	Stärke/mg	morgens	mittags	abends

Rauchen Sie?: _____ oder haben Sie mal geraucht? _____ Wann? _____

Ist eine der folgenden Erkrankung bei Ihnen bekannt?

Bluthochdruck (art.Hypertonie) () Zucker (Diabetes) () erhöhte Fettwerte (Cholesterin) ()

Thrombose/Embolie () Nierenschwäche () Schilddrüsenüberfunktion ()

Sind in Ihrer Familie Herzerkrankungen bekannt?: _____

Waren Sie schon mal bei einem Kardiologen? _____

Ist bei Ihnen schon mal eine Herzkatheteruntersuchung gemacht worden? _____

Wurden Sie am Herzen operiert?: _____

Ist bei Ihnen eine Allergie (Kontrastmittel/Medikamente etc.) bekannt? _____

Sind bei Ihnen chronische Erkrankungen bekannt(z.B. Hepatitis etc.)? _____

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

Überweisung durch Hausarzt ()

Praxis Homepage ()

Empfehlung durch Bekannte ()

andere: _____

Wenn Sie evtl. **Berichte** (z.B. Krankenhausaufenthalte wg. Herzinfarkt; Bypass- OP etc.) haben, bringen Sie diese bitte mit.