



Allgemeine Angaben zur Person

Name, Vorname _____ Geburtsdatum _____

Straße _____ PLZ, Ort _____

Beruf _____ Familienstand _____

Telefon _____ E-Mail _____

Krankenversicherung _____ Zusatzversicherung _____

Welche Beschwerden haben Sie:

Körpergröße: _____ **Gewicht:** _____

Medikamente

Welche Medikamente nehmen Sie ein?

Medikament	morgens	mittags	abends	spät



Ja **Nein**

- | | | |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Bluthochdruck |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | KHK / Angina pectoris |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Herzinfarkt |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Herzklappenfehler |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Herzrhythmusstörungen |

Ja **Nein**

- | | | |
|-----------------------|-----------------------|---|
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Diabetes mellitus |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Erkrankungen an Lunge, Leber, Niere oder Magen/Darm |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Hohe Blutfette / Fettstoffwechselstörungen |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Schlaganfall |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Durchblutungsstörungen der Beine |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Infektionserkrankungen _____ |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Rauchen Sie |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Herzkrankungen in der Familie |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Alkohol |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Allergien und Sonstiges _____ |

Wann und wo war ihre letzte Koronarangiographie? _____

Haben Sie bereits einen Stent oder eine Bypass-Operation bekommen? _____

Nehmen Sie an einem **DMP** Programm teil ? Ja Nein

Wenn „Ja „ an welchen: KHK Diabetes