

Name, Vorname, Titel _____ Praxis-ID _____

Beruf _____ Datum _____

Welche Medikamente nehmen Sie ein?

Name	Dosis (mg)	Einnahme (z. B. 1-0-1)
1. _____	_____	_____
2. _____	_____	_____
3. _____	_____	_____
4. _____	_____	_____
5. _____	_____	_____
6. _____	_____	_____
7. _____	_____	_____

Liegen bei Ihnen Risikofaktoren vor?

- Ja Nein Hoher Blutdruck? Seit wann? _____
- Ja Nein Erhöhte Cholesterinwerte? Max. Wert? _____
- Ja Nein Hoher Blutzucker/Diabetes? Seit wann? _____
- Ja Nein Rauchen? Wie viel bzw. aufgehört seit? _____

Gab es Herz-Kreislauf-Erkrankungen in Ihrer Familie? Insbesondere Herzinfarkt, plötzlicher Herztod/unklare frühzeitige Todesfälle, Ballonkatheter, Bypass-Operation, Schlaganfall, Diabetes, Bluthochdruck?
Wer? In welchem Alter? Was lag vor?

Haben Sie Allergien? Insbesondere auf Penicillin, andere Medikamente, Kontrastmittel

Ja Nein Welche? _____

Gab es Erkrankungen, Operationen, Krankenhausaufenthalte?

Insbesondere des Herzens und der anderen Organe

1. _____ Jahr
2. _____ Jahr
3. _____ Jahr