



Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient, Danke, dass Sie uns Ihr Vertrauen schenken.
Sie helfen uns, die Diagnosefindung und Behandlung für Sie optimal zu gestalten,
indem Sie bitte die nachfolgenden Fragen beantworten.

Name: Krankenkass Tel.Nr:
Adresse: Geb.Datum:
Größe: Gewicht: Hausarzt:

**Sind Sie im Programm DMP KHK bei Ihrem Hausarzt
eingeschrieben ?** Nein Ja

- Hatten Sie schon mal eine Katheteruntersuchung? Nein Ja

- Rauchen Sie? Nein Ja

- Leiden Sie an hohem Blutdruck? Nein Ja

- Sind Sie Zuckerkrank? Nein Ja

- Haben oder hatten Sie Wasser in den Beinen? Nein Ja

- Gab es seitens Vater, Mutter oder Geschwistern einen Schlaganfall oder Herzinfarkt? Nein Ja

- Verspüren Sie Schmerzen, Brennen, Engegefühl, Druckgefühl oder Schweregefühl oder etwas Ähnliches im Brustraum? Nein Ja

- Verspüren Sie Luftnot? Nein Ja

- Verspüren Sie unregelmäßigen, zu langsamen oder zu schnellen Herzschlag? Nein Ja

- Hatten Sie einen Herzinfarkt? Nein Ja

- Hatten Sie einen Schlaganfall? Nein Ja

- Sind Sie zwischenzeitlich am Herzen oder an den Gefäßen operiert worden?

und zwar: _____

Stationäre Zusatzversicherung? 1 Bett Zimmer 2 Bett Zimmer

Medikament	Dosis (mg)	Morgens	Mittags	Abends	b. Bedarf