



### Allgemeine Angaben zur Person

Name, Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_ PLZ, Ort \_\_\_\_\_

Beruf \_\_\_\_\_ Familienstand \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

Krankenversicherung \_\_\_\_\_ Zusatzversicherung \_\_\_\_\_

### Welche Beschwerden haben Sie:

---

### 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"/> | 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