

### 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"/> | Rauchen Sie   |
| <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"/> | Herzinfarkt in der Familie                          |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Erkrankungen an Lunge, Leber, Niere oder Magen/Darm |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Infektionserkrankungen                              |
| <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

**Schweigepflicht/Datenschutz:**

Gemäß ärztlicher Berufsordnung und Gesetzgebung (SGB V) sind wir verpflichtet, Ihrem/r Hausarzt/-ärztin, ggfls. auch Ihrem überweisendem Arzt, über die hiesigen Untersuchungsergebnisse bzw. Behandlungsmaßnahmen zu berichten, sofern Sie damit einverstanden sind. Wir bitten Sie daher, uns Ihren Hausarzt / überweisendem Arzt zu nennen und uns mitzuteilen, ob Sie mit der Übersendung von Berichten einverstanden sind.

**Sie können diese Willensäußerung jederzeit widerrufen bzw. ändern. Wir bitten in diesem Fall um schriftliche Mitteilung**

<p>Überweisender Arzt – ist der Hausarzt <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein</p> <p>Name : _____ Adresse: _____</p> <p>Mit Bericht einverstanden: <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein</p>
<p>Hausarzt (falls abweichend)</p> <p>Name : _____ Adresse: _____</p> <p>Mit Bericht einverstanden: <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein</p>

**Um eine reibungslose ärztliche/therapeutische Versorgung sicherzustellen, bin ich damit einverstanden, wenn meine Untersuchungs-/Behandlungsunterlagen von allen in der Praxis tätigen Ärzten/Therapeuten genutzt werden.**

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift