

Vorgeschichte

- früheres Belastungs-EKG: nein ja, wo / wann?
- früheres Kardio-CT: nein ja, wo / wann?
- frühere Myokardszintigrafien: nein ja, wo / wann?
- frühere Herzkatheteruntersuchungen: nein ja, wo / wann?
- früherer Herzinfarkt: nein ja, Vorderwandinfarkt, wann?
- ja, Hinterwandinfarkt,, wann?
- Ballondehnung: nein ja, seit
- Herzoperation: nein ja, wo / wann?
- (Herzschrittmacher, Bypass, Klappenersatz)
- Schlaganfall: nein ja, wann?
- Thrombosen: nein ja, wann?
- Embolien: nein ja, wann?
- Allergie: nein ja
- Schilddrüsenüberfunktion: nein ja
- Operationen: nein ja, welche / wann?

Nehmen Sie Dauermedikamente ein? Wenn ja, welche und wie?

Medikamentenname/ Stärke	Morgens	Mittags	Abends	Nachts
.....				
.....				
.....				
.....				
.....				
.....				
.....				
.....				

Vielen Dank, dass Sie sich für die Beantwortung der Fragen Zeit genommen haben.

Die aushängenden Informationen zum Datenschutz habe ich zur Kenntnis genommen.

Datum: Unterschrift:

speichern nicht vergessen

Sie können dieses Formular online ausfüllen und direkt an uns senden.

Formular senden >

post@praxis-herz-gefäße.de