



Um das Anmeldeverfahren zu vereinfachen, füllen Sie bitte den folgenden Fragebogen aus und geben ihn dann an der Anmeldung ab. Vielen Dank!  
Ihr Praxisteam

Name des Patienten:	Geburtsdatum:
Hausarzt:	Telefon-Nr.:
Größe:	Gewicht:

Leiden Sie an einer der folgenden Erkrankungen?			
Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/>	Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>
Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/>	Angina pectoris	<input type="checkbox"/>
Lebererkrankung	<input type="checkbox"/>	Sonstige Herzerkrankungen	<input type="checkbox"/>
Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/>	Durchblutungsstörungen	<input type="checkbox"/>
Erhöhte Blutfettwerte	<input type="checkbox"/>	Schlaganfall	<input type="checkbox"/>
Erhöhte Harnsäurewerte (Gicht)	<input type="checkbox"/>	Krebserkrankung	<input type="checkbox"/>
Sonstige Erkrankungen:			
<b>Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?</b>	<b>JA</b> <input type="radio"/>	<b>O</b>	<b>Wenn ja, listen Sie Ihre Medikamente bitte auf oder legen Sie Ihre Liste vor</b>
	<b>NEIN</b> <input type="radio"/>	<b>O</b>	<b>morgens                      mittags                      abends</b>
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
<b>Leiden Sie an Medikamentenunverträglichkeiten?</b>		<b>Wenn ja, listen Sie die Unverträglichkeiten bitte auf:</b>	
Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	1.	
		2.	
		3.	
<b>Leiden Sie an Allergien?</b>		<b>Wenn ja, listen Sie diese bitte auf:</b>	
Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	3.	
		4.	
<b>Welche Operationen wurden bereits durchgeführt?</b>			
1.		2.	
3.		4.	
<b>Haben Sie ein aktuelles EKG dabei?</b>			
<b>Gibt es Vorbefunde von anderen Kardiologen oder Op-Berichte? Bringen Sie diese bitte in die Sprechstunde mit.</b>			
<b>Nehmen Sie an einem DMP (Disease Management Programm) Ihrer Krankenkasse teil?</b>			
Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>		