



Praxis Dr. Jörg Wendtland

**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. Patient: |
| 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: | | | |
| Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? | JA <input type="checkbox"/> O | Wenn ja, listen Sie Ihre Medikamente bitte auf oder legen Sie Ihre Liste vor | |
| | NEIN <input type="checkbox"/> O | morgens | mittags abends |
| 1. | | | |
| 2. | | | |
| 3. | | | |
| 4. | | | |
| 5. | | | |
| 6. | | | |
| 7. | | | |
| 8. | | | |
| Leiden Sie an Medikamentenunverträglichkeiten? | | Wenn ja, listen Sie die Unverträglichkeiten bitte auf: | |
| Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | 1. | |
| | | 2. | |
| | | 3. | |
| Leiden Sie an Allergien? | | Wenn ja, listen Sie diese bitte auf: | |
| Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | 3. | |
| | | 4. | |
| Welche Operationen wurden bereits durchgeführt? | | | |
| 1. | | 2. | |
| 3. | | 4. | |
| Haben Sie ein aktuelles EKG dabei? | | | |
| Gibt es Vorbefunde von anderen Kardiologen oder Op-Berichte? Bringen Sie diese bitte in die Sprechstunde mit. | | | |
| Nehmen Sie an einem DMP (Disease Management Programm) Ihrer Krankenkasse teil? | | | |
| Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | | |