



Name \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_  
 Beruf\* \_\_\_\_\_ Größe \_\_\_\_\_ Gewicht \_\_\_\_\_

\* freiwillige Angaben

**Aktuelle Beschwerden:**

Grund der Vorstellung: .....

- Brustschmerz       nein     ja
- Atemnot             nein     ja
- Herzstolpern/-rasen     nein     ja
- Schwindel/Kollaps     nein     ja
- Schnarchen         nein     ja
- Atempausen im Schlaf  nein     ja
- Schwere Infekte      nein     ja

**Risikofaktoren:**

- Bluthochdruck         nein     ja
- Diabetes              nein     ja
- hohes Cholesterin     nein     ja
- Rauchen     nein     ja     nicht mehr, seit .....
- Alkohol     nein     nicht tgl.     tgl.
- Sport       nein     nicht tgl.     ja

**in der Familie:**

- Herzerkrankung/Herzinfarkt  nein     ja
- Schlaganfall                     nein     ja
- Bluthochdruck                 nein     ja

**Eigene Vorgeschichte:**

- frühere Krankheiten     nein     ja
- Krankenhaus stationär  nein     ja
- Herzkatheter/Stent       nein     ja
- Herzoperationen         nein     ja
- Allergien                  nein     ja

**Vielen Dank für ihre Mitarbeit. Offene Fragen klären wir im persönlichen Gespräch.**

**bitte nicht ausfüllen !**

Diktiert

**LZ-EKG   LZ-RR   Event   Streßecho   Duplex   Porti   TEE   Labor   Invasiv   SM   Ktr. ....**