



Betrifft: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

wir bitten Sie, die folgenden Fragen so gut Sie können zu beantworten. Wenn Sie Schwierigkeiten haben oder Hilfe benötigen, so wenden Sie sich bitte an uns.

1. Wie groß und wie schwer sind Sie? \_\_\_\_\_cm \_\_\_\_\_kg
2. Besteht bei Ihnen eine Zuckerkrankheit? Ja  Nein
3. Rauchen Sie? Ja  Nein   
Wenn ja: Wieviele Zigaretten am Tag? \_\_\_\_\_
4. Sind bei Ihnen erhöhte Blutfettwerte bekannt? Ja  Nein
5. Leiden Sie unter Bluthochdruck? Ja  Nein   
Wenn ja: Seit wann? \_\_\_\_\_
6. Sind in Ihrer Familie Gefäßerkrankungen  
(Herzinfarkt/Schlaganfall) aufgetreten? Ja  Nein
7. Bestehen Allergien/Medikamentenunverträglichkeiten? Ja  Nein   
Wenn ja: welche? \_\_\_\_\_
8. Bestehen ernsthafte Vorerkrankungen? Ja  Nein
9. Sind Sie schon einmal operiert worden? Ja  Nein   
Wenn ja: was wurde operiert? \_\_\_\_\_
10. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Ja  Nein   
Wenn ja: welche? \_\_\_\_\_

Medikament	Morgens	Mittags	Abends

### Patientenerklärung zur Weitergabe und Einholung von medizinischen Befunden

Hiermit erkläre ich, dass ich mit der Übersendung des Befundberichtes und der in der Gemeinschaftspraxis Kardiologie Köln erhobenen Befunde an den überweisenden Arzt bzw. meinen Hausarzt und an weiterbehandelnde Kollegen einverstanden bin. Darüber hinaus erkläre ich mein Einverständnis zur Anforderung notwendiger Vorbe- funde vorbehandelnder Kollegen und Krankenhausabteilungen durch die Gemeinschaftspraxis Kardiologie Köln.

Köln, d. (Datum)

Unterschrift des Patienten