



Name: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient!

Wir bitten Sie, die folgenden Fragen so gut Sie können zu beantworten.

**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: Wie viele Zigaretten pro Tag? \_\_\_\_\_

**4. Sind bei Ihnen erhöhte Blutfettwerte bekannt?** Ja  Nein

**5. Besteht bei Ihnen hoher Blutdruck?** Ja  Nein

Wenn ja: Seit wann? \_\_\_\_\_

**6. Sind in Ihrer Familie Gefäßerkrankungen (Herzinfarkt/Schlaganfall) bekannt?** Ja  Nein

**7. Bestehen Allergien /Medikamentenunverträglichkeiten** Ja  Nein

Wenn ja: welche? \_\_\_\_\_

**8. Bestehen ernsthafte Vorerkrankungen?** Ja  Nein

Wenn ja: welche? \_\_\_\_\_

**9. Wurden Sie schon mal operiert?** Ja  Nein

Was wurde operiert? \_\_\_\_\_

**10. Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?**

Medikamente	Morgens	Mittags	Abends

**11. Besteht eine private Zusatzversicherung für stationäre Krankenhausaufenthalte?**

(nur für Mitglieder der gesetzl. Krankenkassen) Ja

**12. Sind Sie als gesetzlich Versicherter bei Ihrem Hausarzt im DMP/KHK (Koronare HerzKrankheit) eingeschrieben?**

Ja



## Einverständniserklärung

Hiermit gebe ich, \_\_\_\_\_, mein Einverständnis,

dass meine Daten an folgende Stellen weitergeleitet werden:

- Auftragslaboratorien zur Untersuchung labormedizinischer Parameter, die wir bei uns nicht durchführen können
- Privatärztliche Verrechnungsstelle (für Privatpatienten)

dass

- Befundberichte per Fax oder in Briefform an den überweisenden Arzt, den Hausarzt, weiterbehandelnden Arzt oder Krankenhaus übermittelt werden dürfen
- für die Behandlung erforderlicher Vorbefunde bei den vorbehandelnden Kollegen und Krankenhausabteilungen angefordert werden dürfen.

Folgenden Personen dürfen persönliche oder telefonische **Auskünfte** über meine medizinischen Unterlagen vom Arzt **erhalten** und **Rezepte oder Überweisungen** in meinem Namen **abholen**:

Name: \_\_\_\_\_ geb.am \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ geb.am \_\_\_\_\_

Ich bin berechtigt, gemäß BDSG §20 Absatz 5 diese Einverständniserklärung jederzeit zu widerrufen.

**Köln, den** \_\_\_\_\_

Unterschrift des Patienten

Diese Einverständniserklärung wird elektronisch gespeichert. Eine Kopie erhält der Patient auf Wunsch.