

Datum: _____

Reza Tehrani & Dietmar Ortmeyer

Fachärzte für Innere Medizin und Kardiologie

Patientenbogen (bitte ausfüllen)

Name, Vorname _____ **Telefon Nr.:** _____

Geburtsdatum _____ **Mobil-Nr.:** _____

Hausarzt (Anschrift) _____

An welchen Arzt soll der Befund versendet werden: (Anschrift)

Jetzige Beschwerden (letzten 4 Wochen) bitte ankreuzen:

Brustschmerzen Atemnot Kollaps Herzrasen/Herzstolpern

weitere: _____

Risikofaktoren: (bitte ankreuzen)

Familiäre Herz-Kreislauf-Erkrankungen:

Größe: _____ cm Gewicht: _____ kg _____

Diabetes mellitus ja _____ nein _____ _____

Cholesterinerhöhung ja _____ nein _____ _____

Bluthochdruck ja _____ nein _____ _____

Raucher ja _____ nein _____ _____

Ex-Raucher ja _____ nein _____ _____

Schilddrüsenerkrankung ja _____ nein _____

Nierenerkrankung ja _____ nein _____, wenn ja welche Erkrankung d. Nieren _____

Grüner Star ja _____ nein _____

Unverträglichkeiten auf Medikamente

Ja _____ nein _____, wenn ja auf welches Medikament _____

Allergien: ja _____ nein _____, wenn ja, welche _____

Allergiepaß: _____

BITTE WENDEN....

Medikamente mit mg Anzahl

morgens

mittags

abends

Bitte immer die genaue Anzahl der Tabletten angeben

1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			

Letzte Röntgenuntersuchung am _____

wo _____

Letzte Lungenfunktionsprüfung am _____

wo _____

Letzte Herzkatheteruntersuchung _____

wo _____

Letztes Langzeit- EKG _____

wo _____

Letzte Langzeit- Blutdruckmessung _____

wo _____

Letzter Herzultraschall (Echo) _____

wo _____

Ich bin mit der Übermittlung meiner Behandlungsdaten, der Weitergabe meiner Befunde an meinen Hausarzt bzw. überweisenden Facharzt zum Zweck der Dokumentation und der weiteren Behandlung einverstanden. Desweiteren erlaube ich, dass Vorbefunde aus den Krankenhäusern oder der anderen Ärzte für die weiterführende Diagnostik angefordert werden dürfen. Ich berechige hiermit dir Praxis, mich telefonisch und auch per E-Mail kontaktieren zu dürfen. Diese Einwilligung kann ich jederzeit widerrufen!

Datum und Unterschrift _____

Patientin/Patient