

MVZ Herz - Kreislaufzentrum Kemnade

Dr. med. C. Seifert Dr. med. S. Amirie Fr.J. Liebeton

Fachärzte für Innere Medizin – Kardiologie / Angiologie

Kemnaderstr. 316 • 44797 Bochum • Telefon: 0234 - 545 00 910 • Fax: 0234 - 545 00 996

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre gesundheitlichen Probleme unterhalten, möchten wir Sie bitten, folgende kurze Fragen zu beantworten. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Name: **Vorname:** **geb. am:**

PLZ/Ort: **Straße/Nr.:**

Telefon: **Fax:** **Mobil:**

E-Mail: **Krankenkasse:**

Sind Sie bei einer Beihilfestelle versichert? Ja Nein

Haben Sie eine stationäre Zusatzversicherung? Ja Nein

Wenn ja, bei welcher Versicherung?

Empfohlen durch:

Hausarzt (ggf. mit Adresse):

Soll ihr Hausarzt einen Befundbericht erhalten? Ja Nein

Größe:cm Gewicht:kg

Rauchen Sie oder haben Sie früher geraucht? Ja Nein

Wenn ja wie viel und seit wann? Wenn früher geraucht wie viel und seit wann nicht mehr?

Gibt es Herz- Kreislaferkrankungen in Ihrer Familie?
(z.B. Bluthochdruck, Herzinfarkt, Angina pectoris,
Schlaganfall etc.) Ja Nein

Sind bei Ihnen erhöhte Cholesterinwerte bekannt? Ja Nein

Sind bei Ihnen erhöhte Blutdruckwerte bekannt? Ja Nein

Haben Sie Diabetes? Ja Nein

Haben Sie Parodontose? Ja Nein

Haben Sie Probleme mit Ihren Venen / Arterien?
(z.B. Krampfadern, Schwellungen der Beine,
Schmerzen beim Gehen, Besenreiser etc.) Ja Nein

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßige ein?

Name des Medikamentes:	morgens	mittags	abends
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			

Sind bei Ihnen Allergien bekannt? Ja Nein Wenn ja, welche?

Für Patientinnen: Besteht bei Ihnen eine Schwangerschaft? Ja Nein

Ja, ich bin damit einverstanden dass Befunde wie z.B. Arztbriefe an andere Ärzte / Krankenhäuser weitergegeben werden dürfen und gebe hiermit mein Einverständnis ab.

Ja, ich bin damit einverstanden, dass mir aktuelle Informationen über ggf. mich betreffende medizinische Sachverhalte unverbindlich und kostenfrei zugesendet werden. Mein Einverständnis kann ich jeder Zeit in der Praxis oder per E-Mail an info@gig-med.de widerrufen

Datum..... Unterschrift.....