

**Name:**-----

**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: Wie viele Zigaretten am Tag? Seit wie vielen Jahren? \_\_\_\_\_

4. Sind bei Ihnen erhöhte Blutfette bekannt? Ja  Nein

5. Leiden Sie unter Bluthochdruck? Ja  Nein

6. Sind in Ihrer Familie Herz- und Gefäßerkrankungen oder  
oder plötzliche Todesfälle aufgetreten? Ja  Nein

7. Bestehen Allergien / Medikamentenunverträglichkeiten? Ja  Nein

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

8. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Ja  Nein

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

### **Patientenerklärung zur Weitergabe und Einholung von medizinischen Befunden**

Hiermit erkläre ich, dass ich mit der Übersendung des Befundberichtes und der in der Herzpraxis Lübeck erhobenen Befunde an den überweisenden Arzt bzw. meinen Hausarzt und weiterbehandelnde Kollegen einverstanden bin. Darüber hinaus erkläre ich mein Einverständnis zur Anforderung notwendiger Vorbefunde vorbehandelnder Kollegen und Krankenhäuser durch die Herzpraxis Lübeck.

Lübeck, \_\_\_\_\_

(Datum) \_\_\_\_\_

(Unterschrift Patient)