



Dr. med. Oikonomopoulos
Praxis für Kardiologie Hilden

Persönliche Daten

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Telefon: _____

Krankenkasse: _____ Beruf: _____

Größe: _____ Gewicht: _____

Krankenvorgeschichte

Sind bei Ihnen folgende Erkrankungen bekannt? (Zutreffendes bitte ankreuzen):

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Herzinfarkt | <input type="checkbox"/> Gefäßerkrankungen/-OPs |
| <input type="checkbox"/> Herzklappenfehler | <input type="checkbox"/> Schlaganfall |
| <input type="checkbox"/> Herzoperationen | <input type="checkbox"/> Thrombose |
| <input type="checkbox"/> Herzschwäche | <input type="checkbox"/> Lungenembolie |
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Asthma |
| <input type="checkbox"/> Sonstige Herzerkrankungen | <input type="checkbox"/> Gelbsucht |
| <input type="checkbox"/> Fettstoffwechselstörung | <input type="checkbox"/> Gelenkrheuma |
| <input type="checkbox"/> Hoher Blutzucker (Diabetes) | <input type="checkbox"/> Nierenerkrankung / -schwäche |
| <input type="checkbox"/> Dialyse | <input type="checkbox"/> Krebsleiden |
| <input type="checkbox"/> Magengeschwür | <input type="checkbox"/> Allergien |
| <input type="checkbox"/> Herzkatheter Untersuchung | <input type="checkbox"/> Rauchen |
| <input type="checkbox"/> Leibliche Verwandten mit Herzinfarkt oder Schlaganfall | |

Welche Beschwerden haben Sie zurzeit?



Dr. med. Oikonomopoulos
Praxis für Kardiologie Hilden

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Telefon: _____

Medikament	Dosis (mg)	Morgens	Mittags	Abends

Unterschrift: _____