

Name: _____ Vorname: _____ Geb.-Datum: _____

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
 um Ihre gesundheitliche Situation bestmöglich beurteilen zu können und Verzögerungen zu vermeiden,
 bitten wir Sie um Ihre Unterstützung.

**Bitte lassen Sie sich von Ihrem Hausarzt oder anderen behandelnden Fachärzten folgende
 Unterlagen geben und bringen Sie diese bitte zu Ihrem Termin**

am: _____ um: _____ mit. Dauer der Erstvorstellung ca. 2-3 Stunden

	Liegt vor	nicht durchgeführt
Überweisung vom Hausarzt für aktuelles Quartal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aktueller Medikamentenplan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Blutdruckwerte der letzten Monate	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24h-Blutdruckmessung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Laborwerte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EKG-Befund	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzecho (Ultraschall des Herzens)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ultraschall der Herzschlagadern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krankenhausentlassungsberichte der letzten 12 Monate	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wann war die letzte Augenarztuntersuchung?
 Innerhalb der letzten 12 Monate > 12 Monate > 5 Jahre

Wann war die letzte urologische Untersuchung
 Innerhalb der letzten 12 Monate > 12 Monate > 5 Jahre

Welche Medikamente sind wegen Unverträglichkeit früher bereits abgesetzt worden?

Keine Unverträglichkeiten bekannt:

Medikament:	Art der Unverträglichkeit:
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____