

Name, Vorname:

Geburtsdatum: **Telefon/Handy:**

Adresse:

Beruf: **Hausarzt:**

Körpergröße (in cm): **Gewicht (in kg):**

Krebsvorsorge: **Hautkrebsscreening:** **Raucher:** Nein ☐ Ja ☐

Operationen: Nein ☐ Ja ☐, wenn ja welche?

Sind Ihnen folgende Symptome schon mal aufgefallen?

Notiz:

Angina Pectoris (Brustenge, Brustschmerz) Nein ☐ Ja ☐

Luftnot Nein ☐ Ja ☐

Schwindel Nein ☐ Ja ☐

Synkope (Ohnmacht) Nein ☐ Ja ☐

Herzrasen/Herzstolpern/Herzrhythmusstörung Nein ☐ Ja ☐

Nächtliche Wadenkrämpfe Nein ☐ Ja ☐

Leiden Sie an einer der folgenden Erkrankungen

Notiz:

Apoplex (Schlaganfall) Nein ☐ Ja ☐

Bluthochdruck (Arterielle Hypertonie) Nein ☐ Ja ☐

Hyperlipoproteinämie (Hohe Fettwerte) Nein ☐ Ja ☐

Herzkranzgefäße, Herzinfarkt Nein ☐ Ja ☐

Diabetes mellitus Nein ☐ Ja ☐ Typ?

Tumorerkrankungen Nein ☐ Ja ☐

Gelenk-Rheuma Nein ☐ Ja ☐

Schilddrüsenerkrankung Nein ☐ Ja ☐

Lebererkrankungen Nein ☐ Ja ☐

Magen-Darm-Erkrankungen Nein ☐ Ja ☐



Erstellt von:	LP	Erstellt am:	09.09.2024	Unterschrift:	Version: 1.2 vom: 09.09.2024
Geändert von:	LP	Geändert am:	21.11.2025	Unterschrift:	
Geprüft von:	KS	Geprüft am:	21.11.2025	Unterschrift:	Seite: 1 von: 2
Freigegeben von:	HK	Freigegeben am:	21.11.2025	Unterschrift:	

Psychische Erkrankungen Nein ☐ Ja ☐

Schwangerschaft besteht / ist möglich? Nein ☐ Ja ☐

Genetische Erkrankungen Nein ☐ Ja ☐ Wenn ja, welche?

Medikamente	Morgens	Mittags	Abends	zur Nacht