



**Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,  
wir freuen uns, Sie in der Privatpraxis für Kardiologie und Lipidologie  
Dr. med. A. Konstantinou begrüßen zu dürfen.**

Seite 1 von 3

Um Sie optimal beraten zu können, bitten wir Sie, den folgenden  
Fragebogen auszufüllen.

**Persönliche Daten**

Name

Geburtsdatum

Telefonnummer

Handynummer

E-Mail-Adresse

Faxnummer

Hausarzt

**Sind folgende Krankheiten bei Ihnen bekannt?**

Fettstoffwechselstörungen

Bluthochdruck

Diabetes Mellitus

Stattgehabter Herzinfarkt

Koronare Herzkrankheit

Herzklappenfehler

Stattgehabter Schlaganfall

Durchblutungsstörungen der Beine

Lungenerkrankungen

Thrombosen/Embolien

Magen / Darmkrankheiten

Bluterkrankungen / Gerinnungsstörungen

Krebserkrankungen

Psychische Krankheiten

Operationen / Unfälle

Schlafstörungen



Sind in Ihrer blutsverwandten Familie (z.B. Eltern, Geschwister, Kinder)  
folgende Erkrankungen vor dem 60. Lebensjahr aufgetreten?

Seite 2 von 3

	ja	nein
Bluthochdruck		
Herzinfarkte		
Schlaganfälle		
Fettstoffwechselstörungen		
Diabetes Mellitus		
Plötzlicher Herztod		

### Lebensstil

Freizeitaktivitäten/Sport

Wohnsituation

Beruf

Rauchen

Alkohol

### Allergien

	ja	nein	welche
Wenn ‚Ja‘ welche:			

Körpergröße cm

Gewicht kg

### Medikamente

1.

2.

3.

4.

5.



**Hiermit bestätige ich die Richtigkeit meiner freiwillig gemachten Angaben und gestatte dem Personal der Privatpraxis für Kardiologie und Lipidologie, meine Daten in meiner Patientenakte zu hinterlegen.** Diese Angaben sind ausschließlich für den internen Gebrauch im Rahmen meiner Behandlung vorgesehen und dürfen nicht an Dritte weitergegeben werden.

Seite 3 von 3

**Datum**

**Unterschrift**

---

---