



**Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,  
wir freuen uns, Sie in der Privatpraxis für Kardiologie und Lipidologie  
Dr. med. A. Konstantinou und Dr. med. V. Urban 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/Gerrinungsstörungen

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

---

---