



Datum: Alter:
 Name: Größe: cm
 Vorname: Gewicht: kg
 Geburtsdatum:
 Telefon-/Handynr.:
 Ihr Hausarzt:

Medizinisches Versorgungszentrum
 MediClin MVZ Freiburg
 Bismarckallee 4
 79098 Freiburg
Dr. med. Dipl. Inf. Sonja C. Mayer
 Ärztliche Leitung
 Fachärztin für Innere Medizin und Kardiologie,
 Notfallmedizin
 Hypertensiologin DHL®
 DGK Zusatzqualifikation Sportkardiologie, Stufe 2
Dr. med. Andreas Kästner
 Facharzt für Innere Medizin und Kardiologie,
 Sportmedizin
 DGK Zusatzqualifikation Sportkardiologie, Stufe 3

Welche Tabletten nehmen Sie gegenwärtig ein?

	Name:	Morgens:	Mittags:	Abends:
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				

Nehmen Sie Nahrungsergänzungstoffe, Vitamine oder Homöopathika ein? Wenn ja, welche?

	Name:	Morgens:	Mittags:	Abends:
1.				
2.				
3.				

Erstanamnese:

Allgemeine Fragen:

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| | ja | nein |
| 1. Haben Sie Bluthochdruck ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Haben Sie Übergewicht ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Haben Sie erhöhte Blutzuckerwerte ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Haben Sie erhöhte Blutfettwerte ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Rauchen Sie? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Trinken Sie regelmäßig Alkohol ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Gibt bzw. gab es in Ihrer Familie | | |
| Gehäuft Herzinfarkte? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Plötzliche Todesfälle? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Wenn ja, in welchem Alter? | | Jahre |
| Hohe Cholesterinwerte? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| andere Herzerkrankungen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |