



Praxis Dr. Jörg Wendtland

**Um das Anmeldeverfahren zu vereinfachen, füllen Sie bitte den folgenden Fragebogen aus und geben ihn dann an der Anmeldung ab. Vielen Dank!
Ihr Praxisteam**

Name des Patienten:	Geburtsdatum:
Hausarzt:	Telefon-Nr. Patient:
Größe:	Gewicht:

Leiden Sie an einer der folgenden Erkrankungen?			
Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/>	Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>
Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/>	Angina pectoris	<input type="checkbox"/>
Lebererkrankung	<input type="checkbox"/>	Sonstige Herzerkrankungen	<input type="checkbox"/>
Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/>	Durchblutungsstörungen	<input type="checkbox"/>
Erhöhte Blutfettwerte	<input type="checkbox"/>	Schlaganfall	<input type="checkbox"/>
Erhöhte Harnsäurewerte (Gicht)	<input type="checkbox"/>	Krebserkrankung	<input type="checkbox"/>
Sonstige Erkrankungen:			
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?	JA <input type="checkbox"/> O	Wenn ja, listen Sie Ihre Medikamente bitte auf oder legen Sie Ihre Liste vor	
	NEIN <input type="checkbox"/> O	morgens	mittags abends
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
Leiden Sie an Medikamentenunverträglichkeiten?		Wenn ja, listen Sie die Unverträglichkeiten bitte auf:	
Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	1.	
		2.	
		3.	
Leiden Sie an Allergien?		Wenn ja, listen Sie diese bitte auf:	
Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	3.	
		4.	
Welche Operationen wurden bereits durchgeführt?			
1.		2.	
3.		4.	
Haben Sie ein aktuelles EKG dabei?			
Gibt es Vorbefunde von anderen Kardiologen oder Op-Berichte? Bringen Sie diese bitte in die Sprechstunde mit.			
Nehmen Sie an einem DMP (Disease Management Programm) Ihrer Krankenkasse teil?			
Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>		