PRAXIS RANKESTRASSE
Kardiologisch-Angiologische Praxisgemeinschaft

Liebe Patientin, Lieber Patient,

zur Vervollständigung unserer Daten erbitten wir einige Angaben

Name:_____ Vorname:_____ geb.:_____

Tel.:_____ Fax.:_____ e-mail:_____

Körpergröße:_____ m Körpergewicht:_____ kg

Beruf:_____

Welche Vorerkrankungen sind bei Ihnen bekannt?
(chronische Krankheiten, medizinische Eingriffe, Operationen und ähnliches)

_____

_____

_____

_____

_____

Welche Medikamente nehmen Sie ein? Wie oft?

	morgens	mittags	abends	zur Nacht

Sind folgende Erkrankungen bei Ihnen bekannt?
Bitte ankreuzen

	JA	NEIN			
Allergien	O	O	wenn ja, welche_____		
erhöhte Blutdruckwerte	O	O			
erhöhte Cholesterinwerte	O	O			
				Ja	Nein
Diabetes Mellitus	O	O	wenn ja, insulinpflichtig	O	O
Rauchen Sie?	O	O	wenn ja, wie viele_____pro Tag		

Nehmen Sie an einem strukturierten Behandlungsprogramm teil?
(Curaplan der AOK, DMP, TK plus oder ähnliches) bitte ankreuzen

KHK	Diabetes	Asthma	COPD	Brustkrebs

	Ja	nein
Ich bin mit der Anforderung meiner Unterlagen einverstanden.	O	O

Ich bin mit der Übermittlung des Berichtes an die Praxis: _____einverstanden.
Ich bin mit der Versendung meiner Blutproben an ein externes Labor einverstanden.
Sie haben jederzeit das Recht Ihr Einverständnis zu widerrufen.

Datum: _____ Unterschrift: _____

BAG
Dr. Dietlind Glöckner
Dr. Christiane Kalina
Relindis Giedeck*
Dr. Sylvia Marx*

BAG
René Oliver Hintze
Dr. Werner Rieker
Dr. Carsten Seeland
Dr. Sabine Plonait *

* angestellte Ärzte

Rankestrasse 34
10789 Berlin

Telefon
030 / 211 60 40

Telefax
030 / 217 62 82

Mail
praxis@kardiologie-rankestrasse.de

Homepage
www.kardiologie-rankestrasse.de

CHARITÉ
UNIVERSITÄTSMEDIZIN BERLIN
PARTNERPRAXIS 2016

Qualitäts-Management-System ISOZERT DIN EN ISO 9001