



Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Telefonnummer: _____

Sind Sie bei einem Kardiologen angebunden? Falls ja, bei wem? Wann waren Sie zuletzt dort?

Nehmen Sie aktuell Medikamente ein? Falls ja, welche Medikamente inkl. Dosis und Häufigkeit der Einnahme?

Treiben Sie Sport? Falls ja, nennen Sie bitte welche Sportart und wie oft in der Woche.

Rauchen Sie oder haben Sie einmal geraucht? Falls ja, wie lange, wie viele Zigaretten am Tag rauchen/haben Sie geraucht, E-Zigarette oder Zigaretten?

Leiden Sie an einer oder mehreren folgenden Beschwerden?

Luftnot: ja nein

Kurzatmigkeit: ja nein

Dicken Beinen: ja nein

Enge in der Brust: ja nein

Wie viele Treppenstufen schaffen Sie ohne Pause und Luftnot hinaufzusteigen?

Mussten Sie in den letzten 3 Monaten wegen Brustenge oder hoher Blutdruckwerte Ihr Nitro-Spray nutzen? Falls ja, wie oft?

Ausgefüllt am _____