



Mein Arzt

Stempel des Arztes

1078656 Stand 01/2021

Meine Daten

Name: _____ Vorname: _____

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

Geburtsdatum: _____ Geschlecht: m w

Größe (cm): _____ Gewicht (kg): _____ BMI: _____

Wichtige Angaben

	Ja	Nein
Bestehende Herz-Kreislauf-Erkrankung		
• Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Herzinfarkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Periphere arterielle Verschlusskrankheit (pAVK)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rauchen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Familiäre Vorbelastung		
• Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Herzinfarkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Fettstoffwechselstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sonstige Erkrankungen:

Meine Zielwerte

Cholesterin gesamt: _____

LDL-Cholesterin: _____

Lipoprotein (a): _____

Blutdruck: _____

Gewicht: _____

Sonstige: _____

