

## Persönliche Angaben

Name: ..... Vorname: .....

Strasse: ..... Nr. ....

PLZ: ..... Ort: .....

Telefon: .....

Mobile: .....

Geburtsdatum: .....

## Angehörige bei Notfällen

Name: ..... Vorname: .....

Telefon: .....

Mobile: .....

## Hausarzt

Name: .....

Ort: .....

Telefon: .....

Wünsche bez. Notfallarzt oder Spitalaufenthalt

.....

Bitte folgende Fragen beantworten: ja nein

- ⇒ Sind bei Ihnen neben der Herzkrankheit andere Krankheiten vorhanden? [ ] [ ]
- ⇒ Hatten Sie in den letzten Monaten Brustschmerzen oder Herzrhythmus-Störungen? [ ] [ ]
- ⇒ Haben Sie Probleme mit dem Gleichgewicht oder sind Sie schon ohnmächtig geworden? [ ] [ ]
- ⇒ Allergien, welche? ..... [ ] [ ]
- ⇒ Diabetes ..... [ ] [ ]
- ⇒ Epilepsie ..... [ ] [ ]
- ⇒ Blutverdünner ..... [ ] [ ]
- ⇒ Zu hoher Blutdruck ..... [ ] [ ]
- ⇒ Herzinfarkt, wann? ..... [ ] [ ]
- ⇒ Herzschrittmacher [ ] [ ]
- ⇒ Defibrillator-Implantat [ ] [ ]

Weitere wichtige Hinweise:

.....

.....