

Dr. med. C. Lüttje, Dr. med. A. Cadenbach
Große Str. 46, 49074 Osnabrück

Wichtiges Informationsschreiben

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
hiermit bestätigen wir Ihnen den Termin in unserer Praxis

am: _____

um: _____

bei: Frau Dr. med. Lüttje Herrn Dr. med. Cadenbach
 Frau Dr. med. Gerres Dr. med. Kampmann

Bitte bringen Sie folgende Unterlagen am Tag der Untersuchung mit:

- Überweisung
- Versichertenkarte
- ausgefüllter Fragebogen (siehe Anhang) inkl. eines aktuellen Medikamentenplanes
- ggf. fachbezogene Krankenhausberichte / Arztberichte
- falls vorhanden: Blutwerte (max. 1 Jahr alt)

Sollten Sie den o.g. Termin nicht wahrnehmen können, bitten wir unbedingt um telefonische Mitteilung unter ☎ 0541-330 95 95. Wir geben diese frei werdenden Termine - auch kurzfristig! - an Notfall-Patienten auf unserer Warteliste weiter und finden für Sie bestimmt einen neuen passenden Zeitpunkt.

Wir laden Sie dazu ein, unsere Praxis auf unserer Homepage unter **www.mit-hand-und-herz.de** vorab näher kennenzulernen.

Mit freundlichen Grüßen
Praxisteam Dres. med. Lüttje, Gerres & Cadenbach

Kardiologische Gemeinschaftspraxis Dres. med. Lüttje, Gerres & Cadenbach

Sehr geehrte/r Patient/in,
damit mehr Zeit für Ihre aktuellen Probleme zur Verfügung steht, möchten wir Sie bitten, folgende Fragen zur Ihrer Person und Vorgeschichte vorab zu beantworten:

Name, Vorname : _____
Geburtsdatum : _____
Hausarzt : _____
Telefonnummer : _____

Wurden Sie schon einmal kardiologisch untersucht? Wann/wo:
Wurde bei Ihnen schon einmal eine Herzkatheteruntersuchung durchgeführt? Wann/wo:
Wurden Sie schon einmal am Herzen operiert? Wann/wo:
Wann wurde bei Ihnen zum letzten Mal die Lunge geröntgt?
Aktuelle Beschwerden:

Bestehen bei Ihnen die folgenden Erkrankungen? (wenn ja, bitte ankreuzen):

Bluthochdruck	<input type="radio"/>	Durchblutungsstörungen der Beine	<input type="radio"/>	Herzinfarkt	<input type="radio"/>
Diabetes (Zucker)	<input type="radio"/>	Schilddrüsenerkrankung	<input type="radio"/>	Schlaganfall	<input type="radio"/>
Lungenerkrankung	<input type="radio"/>	Cholesterinerhöhung	<input type="radio"/>		

Andere bekannte Erkrankungen:

Wurden Sie schon einmal operiert? Wenn ja, woran und wann?

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche und wie oft?

Name des Medikamentes	Stärke (mg)	morgens	mittags	abends	nachts

Sind bei Ihnen Allergien oder Unverträglichkeiten auf Medikamente bekannt?

Körpergröße: _____ Aktuelles Körpergewicht: _____
Rauchen Sie? _____ Wenn ja, seit wann und wie viel?

Kam es bei engen Familienangehörigen (Eltern, Geschwistern) vor dem 65. Lebensjahr zu Herzinfarkten oder Schlaganfällen?

Wenn ja, bitte genauere Angaben:

Treiben Sie regelmäßig Sport? _____ Wenn ja, was und wie oft?

Sind Sie im DMP-KHK eingeschrieben? ja nein
Haben Sie eine Covid Impfung? nein 1x 2x 3x 4x

Datum / Unterschrift