

**Name /Vorname:**

**Geb. Datum:**

**Telefonnummer:**

**Größe:**

**Gewicht:**

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Ja Nein

Wenn ja, welche:

Ist Ihnen bekannt, dass Sie an einer Gefäßerkrankung leiden? Ja Nein

Wenn ja, welcher Art:

Ist bei Ihnen ein erhöhter Cholesterin Wert bekannt? Ja Nein

Würden Sie selbst sagen das Sie an Bewegungsarmut leiden? Ja Nein

Rauchen Sie? Ja Nein

Wenn ja, wie viel pro Tag?

Leiden Sie an Bluthochdruck? Ja Nein

Haben Sie Übergewicht? Ja Nein

Leiden Sie an Diabetes? Ja Nein

Leiden Sie unter Stress (egal ob Arbeit oder Privat) Ja Nein

Haben Sie häufiger Schmerzen in den Beinen beim Gehen? Ja Nein

Haben/hatten Sie schon einmal das Gefühl von Brustenge/Atemnot oder Herzschmerzen? Ja Nein

Heilen Wunden bei Ihnen schlecht? Ja Nein

Haben Sie öfter kalte Extremitäten? (Arme/ Beine) Ja Nein

Waren Sie schon einmal kurzzeitig bewusstlos? Ja Nein

Sind bei Ihnen andere Vorerkrankungen bekannt? Ja Nein

Wenn ja, welche:

Leiden Sie an Erektionsstörungen? Ja Nein

B.w

Diese Antworten erleichtern die ärztliche Einschätzung Ihrer Gefäßgesundheit.

Vielen Dank

Hiermit gebe ich mein Einverständnis für eine Blutuntersuchung und eine Ultraschalluntersuchung.

**Ort/Datum**

**Unterschrift**