

Fiche d'anamnèse cardiologie

Patientenkontaktdaten	
Nom de famille	
Prénom	
Date de naissance	
Adresse	
Code postal / Ville	
Numéro d'assurance	
Assurance	
Taille du corps (cm)	
Poids (kg)	
Numéro de téléphone (mobile)	
Courriel	
Occupation	
Médecin de famille / Ville	

Maladies antérieures		
infarctus du myocarde	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> no
Angine de poitrine / constriction des artères coronaires	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> no
Hypertension artérielle	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> no
Tension artérielle basse	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> no
Trouble du métabolisme des graisses/ taux de cholestérol élevés	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> no
Diabète	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> no
Fumeurs à quelle fréquence	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> no

Plaintes actuelles:

.....

.....

.....

.....

Je déclare consentir au stockage, au traitement et à l'utilisation électroniques de mes données

Je suis d'accord.

Je m'engage à respecter les rendez-vous de traitement convenus ou à les annuler au moins 24 heures avant le rendez-vous convenu

Les informations sont soumises au secret médical et aux dispositions de la loi sur la protection des données et sont traitées de manière strictement confidentielle

....., den Unterschrift: