



Persönliche Daten

Adresse:

Telefonnummer:

Geburtsdatum:

Im Notfall zu benachrichtigen:

Behandelnder Arzt / Praxisstempel:

Meine Werte

Datum:

Körpergewicht (kg):

Bauchumfang (cm):

Cholesterin (mg/dl):

HDL-Cholesterin (mg/dl):

LDL-Cholesterin (mg/dl):

Blutzucker (mg/dl):

HbA1c (%):

Kreatinin (mg/dl):

Raucher:

nein

ja

Allergien:

nein

ja

Begleiterkrankungen:

Meine Medikamente

Name Medikament	morgens	mittags	abends	Beginn Medikation
1				
2				
3				
4				

Name Medikament	morgens	mittags	abends	Beginn Medikation
5				
6				
7				
8				

Weitere Informationen unter: www.denk-an-dein-herz.de

Zum Ausschneiden, Zusammenklappen und Mitnehmen

Mein Herz-Kreislauf-Risikoprofil

Name Medikament	morgens	mittags	abends	Beginn Medikation
1				
2				
3				
4				
5				
6				

Name:

Im Notfall zu benachrichtigen:

www.denk-an-dein-herz.de