

Anmeldung Hypertonie-Sprechstunde

Name	_____	Vorname	_____
Strasse/Nr.	_____	Geburtsdatum	_____
PLZ/Ort	_____	Telefon privat	_____
Krankenkasse	_____	Mobile	_____

Aktueller Blutdruck _____

Aktuelle Nierenfunktion (Serum-Kreatinin) _____

Herzerkrankung ☐ Ja
☐ Nein

Makroangiopathie ☐ Ja
☐ Nein

Befund der letzten ambulanten 24-Stunden-Blutdruckmessung beilegen (falls vorhanden).

Gewünschter Zeitpunkt/Dringlichkeit

Fragestellung

Aktuelle Diagnosen- und Medikamentenliste

Datum

Ärztin/Arzt (Unterschrift und Stempel):