

Ajánlatszám: _____

1. Biztosított neve: _____

Szül. dátuma:

2. Kezelőorvosa megegyezik a háziórával? igen nem

Amennyiben nem kezelőorvosának neve, címe: _____

3. Magasvérnyomás betegségét mikor diagnosztizálták? _____

4. Testmagassága: cm Testsúlya: kg

5. Magas vérnyomása miatt orvosi kezelésben részesül? igen nem

6. Az Ön által szedett gyógyszerek neve, adagja: _____

7. Mennyi volt a legalacsonyabb és legmagasabb vérnyomás értéke az utolsó 3 hónapban?

1. _____ Hgmm Mikor mérték? _____

2. _____ Hgmm Mikor mérték? _____

8. Mennyi volt a legalacsonyabb és legmagasabb vérnyomás értéke az utolsó 4-24 hónapban?

1. _____ Hgmm Mikor mérték? _____

2. _____ Hgmm Mikor mérték? _____

9. Készült-e Önnél 1 éven belül

– 24 órás vérnyomás Holter (ABPM) vizsgálat igen nem

– terheléses EKG vizsgálat igen nem

– szív ultrahang vizsgálat igen nem

(Ha igen mellékelje a leletek másolatát!)

10. Készült-e Önnél 1 éven belül vérszír szint (Koleszterin, HDL, Triglicerid) vizsgálat? igen nem

(Ha igen mellékelje a lelet másolatát!)

Dátum:

alíírás