

Herzerkrankungen

Behandlungsziele für mich

Mit freundlicher Empfehlung von Ihrer Ärztin / Ihrem Arzt

Name:

Datum:

| | Was ist Ihr Ausgangspunkt? | Welches Ziel wollen Sie und Ihr Arzt erreichen? | Was wollen Sie selbst tun? | Was verordnet Ihr Arzt dazu? | Ziel erreicht? |
|-----------------------------------|--|---|----------------------------|------------------------------|---|
| Rauchen | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | | | | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Körperliche Bewegung | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | | | | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Rückkehr in den Beruf geplant | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | | | | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Übergewicht in den Griff bekommen | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | kg abnehmen | | | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Blutdruck senken | Ausgangswerte: / | Zielwerte: / | | | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Weitere Erkrankungen behandeln | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Welche: | | | | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| | | | | | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| | | | | | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |