**ΕΝΤΥΠΟ ΠΡΩΤΗΣ ΕΠΙΣΚΕΨΗΣ**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΞΕΤΑΖΟΜΕΝΟΥ | | | |
| Επώνυμο: |  | | |
| Όνομα: |  | | |
| Ημερομηνία γέννησης: |  | | |
| ΑΜΚΑ: |  | | |
| Ασφαλιστικός φορέα: (βάλτε Χ στο φορέα σας) | **ΕΟΠΥΥ** |  |
| **Ιδιωτική ασφάλεια (προσδιορίστε)** |  |
| **Ανασφάλιστος/η** |  |
| **Άλλο (προσδιορίστε)** |  |
| Επάγγελμα: |  | | |
| Διεύθυνση οικίας: | ΤΚ: | | |
| Τηλέφωνο: |  | | |
| Κινητό: |  | | |
| e-mail: |  | | |

|  |  |
| --- | --- |
| ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΕΠΙΣΚΕΨΗΣ  (βάλτε Χ στην αιτία που περιγράφει καλύτερα το λόγο της επίσκεψης) | |
| Προληπτικός έλεγχος: |  |
| Πόνος στο στήθος: |  |
| Δύσπνοια/εύκολη κόπωση: |  |
| Αρρυθμία: |  |
| Λιποθυμία/ζάλη/συγκοπή: |  |
| Πρόσφατη νοσηλεία/χειρουργείο: |  |
| Παραπομπή από άλλο ιατρό: |  |
| Άλλο (διευκρινίστε): |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ΤΕΛΕΥΤΑΙΕΣ ΔΙΑΘΕΣΙΜΕΣ ΜΕΤΡΗΣΕΙΣ | | | | | | |
| Αρτηριακή πίεση | | **/** | | Παλμοί | |  |
| Σωματικό βάρος | |  | | Ύψος | |  |
| Χοληστερόλη (ολική) | |  | | Τριγλυκερίδια | |  |
| LDL | |  | | HDL | |  |
| ΙΑΤΡΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ  (βάλτε Χ στις παθήσεις που σας έχουν ήδη διαγνωστεί  ή για τι οποίες λαμβάνετε φαρμακευτική αγωγή ) | | | | | | |
| Ελεύθερο (καμία νόσος, κανένα φάρμακο) | | | | |  | |
| Αρτηριακή υπέρταση | | | | |  | |
| Στεφανιαία νόσος (με ή χωρίς έμφραγμα): | | | | |  | |
| Καρδιακή ανεπάρκεια: | | | | |  | |
| Κολπική μαρμαρυγή: | | | | |  | |
| Αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο: | | | | |  | |
| Αγγειοπάθεια (π.χ. ανεύρυσμα) | | | | |  | |
| Άλλο (διευκρινίστε): | | | | |  | |
| ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ  (βάλτε Χ στους παράγοντες/παθήσεις που σας έχουν ήδη διαγνωστεί  ή για τι οποίες λαμβάνετε φαρμακευτική αγωγή ) | | | | | | |
| Κάπνισμα | | | | |  | |
| Αρτηριακή υπέρταση | | | | |  | |
| Σακχαρώδης διαβήτης | | | | |  | |
| Υπερλιπιδαιμία (χοληστερίνη): | | | | |  | |
| Θετικό οικογενειακό ιστορικό: | | | | |  | |
| Άλλος (διευκρινίστε): | | | | |  | |
| Κανένας | | | | |  | |
| ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ  (σημειώστε το εμπορικό όνομα, τα mg και τη δοσολογία των φαρμάκων που λαμβάνεται, εκτός αναλγητικών και αντιβιώσεων. Να τα φέρεται όλα μαζί σας κατά την επίσκεψη) | | | | | | |
| Σκεύασμα | **mg** | | **Δοσολογία** | | | |
|  |  | |  | | | |
|  |  | |  | | | |
|  |  | |  | | | |
|  |  | |  | | | |
|  |  | |  | | | |
|  |  | |  | | | |
|  |  | |  | | | |