



ΕΝΤΥΠΟ ΠΡΩΤΗΣ ΕΠΙΣΚΕΨΗΣ

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΞΕΤΑΖΟΜΕΝΟΥ	
Επώνυμο:	
Όνομα:	
Ημερομηνία γέννησης:	
ΑΜΚΑ:	
Ασφαλιστικός φορέας: (βάλτε X στο φορέα σας)	<input type="checkbox"/> ΕΟΠΥΥ <input type="checkbox"/> Ιδιωτική ασφάλεια (προσδιορίστε) <input type="checkbox"/> Ανασφάλιστος/η <input type="checkbox"/> Άλλο (προσδιορίστε)
Επάγγελμα:	
Διεύθυνση οικίας:	ΤΚ:
Τηλέφωνο:	
Κινητό:	
e-mail:	

ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΕΠΙΣΚΕΨΗΣ	
(βάλτε X 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 X στις παθήσεις που σας έχουν ήδη διαγνωστεί
ή για τις 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 X στους παράγοντες/παθήσεις που σας έχουν ήδη διαγνωστεί
ή για τις 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