

Name, Vorname

Geb.-Datum

E-Mail*

Tel.*

Hausärztin/-arzt*

* = freiwillige Angaben, wenn Kontakt gewünscht

Vorerkrankungen (bitte ankreuzen)

Bluthochdruck Diabetes Schlaganfall Herzmuskelschwäche Durchblutungsstörung (z.B. Herz, Beine, Halsschlagadern)

Dauermedikation

EKG-Gerät

Noch nicht vorhanden

EKG-Pad KardiaMobile Kardiamobile 6L Anderes:

Smartwatch Apple Samsung Withings Fitbit Huawei Google

Andere:

Bitte bedenken Sie: Es kann sein, dass bei dieser Untersuchung Vorhofflimmern erkannt wird, das in der Zukunft womöglich niemals Beschwerden oder einen Schlaganfall verursachen wird. Das Schlaganfallrisiko kann zwar aufgrund großer Studien prozentual beziffert werden, eine genaue Vorhersage für einzelne Betroffene ist aber nicht möglich. Eine Vorsorgeuntersuchung wie diese birgt deshalb auch das Risiko, einige Teilnehmer mit einer Diagnose zu belasten, von der sie sonst nicht erfahren hätten und die vielleicht nie Probleme verursacht hätte.

Datum

Unterschrift