

**Dato:**

**Siden sidst:**

Cardielt:

Andet:

**Risikofaktorer:**

Rygning:

Vægt:

Blodtryk:

Kolesterol- og lipidtal:

Motion:

**Er de tidligere fastsatte behandlingsmål opnåede?:**

**Klinisk:**

BT:                    P:

Collum:

St.P :

St.C. :

Ekst. :

NYHA :

CCS :

**Gennemgang af medicin og evt. ændringer heraf:**

**Plan:**

**Ordinationer:**

*Underskrift Læge*