

	Ja	Nein
1. Sind Sie älter als 45 Jahre alt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Sind Sie männlich?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Haben Sie erhöhten Blutdruck (öfters Werte über 140/90 mmHg)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Sind Sie Raucher?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Haben Sie erhöhte Cholesterin-Werte?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Sind Sie zuckerkrank?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Sind in Ihrer Familie (Eltern, Geschwister) Mitglieder an einer KHK erkrankt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Haben Sie Schmerzen im Brustbein oder Luftnot bei körperlichen Anstrengungen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>