

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

wir möchten Sie bitten diesen Fragebogen möglichst genau auszufüllen. Die Angaben sind für uns sehr hilfreich, um Ihre Situation genauer einschätzen zu können.

Name: _____ Vorname: _____

Körpergröße: _____ m Körpergewicht: _____ kg

Was ist der Anlass für Ihren Praxisbesuch/ welche Beschwerden führen Sie zu uns?

Schmerzen/Druck/Enge im Brustbereich. Wenn ja, in welcher Situation und wie fühlt es sich an:

Kurzatmigkeit Atemnot Wann?: _____

Geschwollene Beine Herzstolpern Herzrasen

Schwindel/ evtl. Bewusstlosigkeit Bluthochdruck

Kontrolle bei bekannter Herzerkrankung (Herzinfarkt, Herzklappenfehler, Herzoperation)

Kontrolle eines Herzschrittmachers oder Defibrillators

Sonstiges _____

Vorerkrankungen und Risikofaktoren

Bluthochdruck Seit wann? _____ erhöhtes Cholesterin Diabetes

Herzkrankgefäßerkrankung (KHK) Herzinfarkt Wenn Ja, wann _____

Herzrhythmusstörungen: _____

Thrombose Lungenembolie Asthma COPD

Erkrankung der Beinarterien (pAVK) Erkrankung der Halsschlagadern mit ohne OP

Schlaganfall Wenn Ja, wann _____ und welche Seite _____

Rauchen aktuell Wieviel Jahre _____ Wie viele Zigaretten im Schnitt pro Tag? _____

Haben Sie früher geraucht? Bis wann? _____

Sonstige: _____ **Bitte wenden →**

Hatten Vater, Mutter oder Geschwister

- einen Schlaganfall einen Herzinfarkt erlitten? im Alter von _____
 - eine koronare Bypass-Operation einen Herzkatheter mit PTCA/Stent erhalten?
 - Sonstiges _____
-

Wurden bei Ihnen folgende Untersuchungen/ Behandlungen bereits durchgeführt?

- Herzkatheteruntersuchung wann? _____ wo? _____
- Aufdehnung von Herzgefäßen (PTCA/ Stent) wann? _____ wo? _____
- Bypassoperation wann? _____ wo? _____
- Klappenoperation welche? _____ wann? _____ wo? _____

Medikamenteneinnahme:

siehe beiliegenden Verordnungsplan

Bitte führen Sie **sämtliche Medikamente** an, die Sie einnehmen! (ebenso: Insulin, Schmerztabletten etc.)

Medikament	Dosis (mg/ μ g)	Menge			
		morgens	mittags	abends	bei Bedarf