



Patientenfragebogen zur Krankheitsgeschichte

Name, Vorname: _____ Datum: _____

Beschwerden

Haben Sie bei körperlicher Anstrengung oder bei Kälte Schmerzen in der Brust? Ja Nein

Haben Sie Luftnot bei Anstrengung? Ja Nein

Wie viele Stockwerke können Sie gehen ohne anzuhalten? Anzahl: _____

Haben Sie Wasser in den Beinen / geschwollene Beine? Ja Nein

Haben Sie einen unregelmäßigen Pulsschlag ? Ja Nein

Hatten Sie schon einmal eine Bewusstlosigkeit ? Ja Nein

Haben Sie Schwindel ? Ja Nein

Müssen Sie beim Gehen wegen Wadenschmerzen stehen bleiben? Ja Nein Wenn ja, nach wievielen Metern? _____

Vorerkrankungen, Operationen

Am Herzen:

Andere Erkrankungen, Allergien, Medikamentenunverträglichkeit:

Ist bereits eine Herzkatheter-Untersuchung durchgeführt worden? Ja Nein

Bitte beachten Sie auch die Rückseite!!

Kardiovaskuläre Risikofaktoren

Besteht ein Bluthochdruck? Ja Nein Wenn ja, seit wieviel Jahren ist er bekannt? seit: _____

Ist eine Zuckerkrankheit (Diabetes) bekannt? Ja Nein Wenn ja, seit wieviel Jahren ist er bekannt? seit: _____

Sind Sie Raucher/in? Ja Nein Seit wann rauchen Sie? seit: _____

Wieviel Zigaretten rauchen Sie am Tag? Zigaretten/Tag _____ Wenn Sie Ex-Raucher/in sind, seit wann rauchen Sie nicht mehr? Seit: _____

Sind erhöhte Blutfette (Cholesterin) bekannt? Ja Nein Letzte Kontrolle? _____ HDL-Cholesterin: _____
LDL-Cholesterin: _____

Sind bei Ihrer Familie oder bei den Eltern folgende Erkrankungen bekannt?

Hoher Blutdruck	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>	Herzinfarkt	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>
Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus)	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>	Schlaganfall	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>

Medikamente

Bitte geben Sie **alle** Medikamente an, die Sie aktuell einnehmen!

Medikament:	Dosis (mg)	Morgens	Mittags	Abends	Nachts
	_____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Medikament:	Dosis (mg)	Morgens	Mittags	Abends	Nachts
	_____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Medikament:	Dosis (mg)	Morgens	Mittags	Abends	Nachts
	_____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Medikament:	Dosis (mg)	Morgens	Mittags	Abends	Nachts
	_____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Medikament:	Dosis (mg)	Morgens	Mittags	Abends	Nachts
	_____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Medikament:	Dosis (mg)	Morgens	Mittags	Abends	Nachts
	_____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Medikament:	Dosis (mg)	Morgens	Mittags	Abends	Nachts
	_____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Üben Sie eine Sportart aus? Ja Nein Wenn ja, welche: _____

Nehmen Sie an einem Disease-Management-Programm (DMP) Ihrer Krankenkasse teil? Ja Nein

Welchen Beruf üben Sie aus (freiwillige Angabe) ? _____

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit.