

FRAGEBOGEN FÜR PATIENTEN:

Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an bzw. füllen Sie die Lücken aus. Machen Sie auch möglichst genaue zeitliche Angaben.

1. Aktuelle Beschwerden/Probleme-Bitte geben Sie den Grund für Ihren Arztbesuch an.

a) <i>Art der Beschwerden</i>			
<input type="radio"/> Brustschmerz	<input type="radio"/> Luftnot	<input type="radio"/> Herzstolpern/-rasen	<input type="radio"/> vermehrtes Schwitzen
<input type="radio"/> Beinschwellung	<input type="radio"/> schnelle Erschöpfbarkeit	<input type="radio"/> Gewichtszunahme	<input type="radio"/> Gewichtsabnahme
<input type="radio"/> Müdigkeit über Tag	<input type="radio"/> Schnarchen/Atempausen	<input type="radio"/> Husten/Auswurf	<input type="radio"/> Fieber/Schüttelfrost
<input type="radio"/> Sonstiges: _____			
b) <i>Seit wann treten die Beschwerden auf?</i>			
<input type="radio"/> seit ___ Tagen	<input type="radio"/> seit ___ Wochen	<input type="radio"/> seit ___ Monaten	<input type="radio"/> seit ___ Jahren
c) <i>Wodurch werden die Beschwerden ausgelöst?</i>			
<input type="radio"/> körperl. Anstrengung	<input type="radio"/> körperliche Ruhe	<input type="radio"/> Schlaf	<input type="radio"/> Kälte
<input type="radio"/> Stress, Aufregung, Angst	<input type="radio"/> Anderes: _____		<input type="radio"/> weiß nicht
d) <i>Wie lange halten die Beschwerden an?</i>			
<input type="radio"/> ___ Sekunden	<input type="radio"/> ___ Minuten	<input type="radio"/> ___ Stunden	<input type="radio"/> ___ Tag(e)
			<input type="radio"/> ständig vorhanden

2. Vorerkrankungen von Herz und Gefäßen- Welche gesundheitlichen Probleme haben oder hatten Sie?

<input type="radio"/> Herzinfarkt _____	<input type="radio"/> Koronarstent/-dilatation _____
<input type="radio"/> Herz-Bypass Operation _____	<input type="radio"/> sonstige Operation von Herz oder Aorta _____
<input type="radio"/> Erweiterung der Aorta <input type="radio"/> im Brustkorb _____	<input type="radio"/> Durchblutungsstörungen der Beine _____
<input type="radio"/> <input type="radio"/> im Bauch _____	<input type="radio"/> Bluthochdruck seit _____
<input type="radio"/> tiefe Venenthrombose/Lungenembolie _____	Datum und Ort der letzten Koronarographie: _____
<input type="radio"/> Schlaganfall/Durchblutungsstör. des Gehirns _____	<input type="radio"/> Andere _____

3. Risikofaktoren-Was trifft auf Sie zu?

<input type="radio"/> Zuckerkrankheit seit _____	<input type="radio"/> Insulin seit _____	<input type="radio"/> erhöhte(s) Blutfette/Cholesterol _____
<input type="radio"/> Nierenschwäche/erhöhte Nierenwerte _____		<input type="radio"/> erhöhte Harnsäure/ <input type="radio"/> Gicht(Zipperlein) _____
<input type="radio"/> Schlafapnoe/nächtliches Beatmungsgerät _____		<input type="radio"/> Herz-/Kreislaufferkrankungen in der Familie _____
<input type="radio"/> plötzliche Todesfälle bei jüngeren Familienmitgliedern	Größe _____ cm	Gewicht _____ kg

3. Vorerkrankungen/Operationen/Eingriffe/Verletzungen-Nennen Sie bitte weitere Erkrankungen möglichst präzise!

<input type="radio"/> Kopf/Gehirn _____	<input type="radio"/> Hals/Schilddrüse _____
<input type="radio"/> Brustkorb/Brustdrüse _____	<input type="radio"/> Lunge/Bronchien _____
<input type="radio"/> Dünndarm/Dickdarm _____	<input type="radio"/> Speiseröhre/Magen _____
<input type="radio"/> Nieren _____	<input type="radio"/> Leber/Gallenblase/Milz _____
<input type="radio"/> Wirbelsäule _____	<input type="radio"/> Arterien/Venen _____
<input type="radio"/> Knochen/Gelenke _____	<input type="radio"/> Haut _____
<input type="radio"/> Andere _____	<input type="radio"/> Blut/Lymphsystem _____

4. Allergien/Unverträglichkeiten-Bitte geben Sie für die medizinische Behandlung wichtige Überempfindlichkeiten an.

<input type="radio"/> Jod _____	<input type="radio"/> Röntgenkontrastmittel _____
<input type="radio"/> Penicillin _____	<input type="radio"/> Andere: _____

5. Genussmittel/Drogen-Bitte geben Sie Ihre Gewohnheiten möglichst genau an.

Rauchen: <input type="radio"/> Nie-Raucher <input type="radio"/> Ex-Raucher seit _____	<input type="radio"/> Raucher, _____ Paket(e) pro Tag seit _____ Jahren
Alkohol: ___ Gläser/Flaschen Wein/Bier/Schnaps pro Woche	<input type="radio"/> vollständige Alkoholabstinenz seit _____
Anderes: _____	

bitte wenden

