

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

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

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

3. Risikofaktoren-Was trifft auf Sie zu?

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

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

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

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

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

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

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

bitte wenden

