



Fragebogen

Kreuzen (X) Sie bitte die zutreffende Antwort an.

Name	Geb.datum	Datum
Größe	Gewicht	Beruf

Grund der Vorstellung:	Zur Kontrolle				
Zum	Check-up	ja	ja	nein	nein
Wegen	Beschwerden	ja	ja	nein	nein

Überweisender Arzt:.....

Hausarzt:.....

Aktuelle Beschwerden: *Bitte beschreiben Sie Ihre Beschwerden möglichst genau!*

.....

.....

.....

Beschwerden/Schmerzen im Brustkorb **ja** **nein**

Art und Dauer der Beschwerden?

Auslöser für die Beschwerden?

Ausstrahlung?

Wie oft?

Seit wann?

Bitte beschreiben Sie die Beschwerden genauer:.....

.....

Atemnot/Kurzatmigkeit **ja** **nein**

Art und Dauer?

Wann tritt die Luftnot auf?

Wie oft?

Seit wann?

Bitte beschreiben Sie die Atemnot genauer:.....

.....

.....

Fortsetzung Seite -2- bitte wenden

Unregelmäßiger Herzschlag,Herzstolpern oder Herzrasen ja nein

Art und Dauer?

Auslöser?

Wie oft und seit wann?

Haben Sie dabei Schwindel?

Bitte beschreiben Sie die Beschwerden genauer:.....

.....

.....

Eigene Vorerkrankungen (Herzinfarkt? Herzkatheter? Herz-OP? Herzschritt-macher? Thrombosen/Embolien? Schilddrüse? Letzter Krankenhausaufenthalt?)

.....

.....

Weitere ernste Erkrankungen.....

.....

.....

Risikofaktoren

Rauchen Sie zur Zeit? nein ja wieviel pro Tag?
 Haben Sie früher geraucht? nein ja bis wann, wie lange und
 wieviel?.....

Wie sind Ihre **Blutfettwerte**? nicht bekannt normal erhöht

Wie hoch ist der letzte Cholesterinwert?.....

Haben Sie einen **Bluthochdruck**? nein ja seit wann?.....

Wie hoch sind die letzten Blutdruckwerte?.....

Haben Sie einen **Diabetes mellitus**? nein ja seit wann bekannt?.....

Haben Sie großen **Stress**? nein ja beruflich? privat?

Treiben Sie regelmäßig **Sport**? nein ja welchen Sport/wie oft?....

.....

Haben/hatten nahe Verwandte eine Herz- oder Kreislauferkrankung? (*Bluthochdruck, Herzinfarkt, Schlaganfall, Bypass- oder andere Herz-Op, Erweiterung der Herzkranzgefäße, Schaufensterkrankheit*)

nein ja wer und welche?..

.....

.....

Hatten nahe Verwandte Diabetes? nein ja wer?.....

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass der behandelnde Arzt bei meinem Hausarzt oder anderen Ärzten und Leistungserbringern die für die Behandlung erforderlichen Behandlungsdaten und Befunde erhebt und für die Zwecke der von ihm zu erbringenden Leistungen verarbeitet und nutzt.

 Unterschrift des Patienten