

# Patientenfragebogen zur Krankheitsgeschichte

Dr. med. Michael Drexler  
Dr. med. Angelika Guth  
Dr. med. Guido Mentz  
Dr. med. Michaela Speth-Nitschke  
Dr. med. Michael Todt  
Dr. med. Jörg Volmar  
Dr. med. Norbert Wittlich

Name, Vorname	Datum
---------------	-------

## Beschwerden

Haben Sie bei körperlicher Anstrengung oder bei Kälte Schmerzen in der Brust?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
Haben Sie Luftnot bei Anstrengung?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
Wieviele Stockwerke können Sie gehen ohne anzuhalten?	Anzahl: _____		
Haben Sie Wasser in den Beinen / geschwollene Beine?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
Müssen Sie beim Gehen wegen Wadenschmerzen stehen bleiben?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	Wenn ja, nach wievielen Metern? _____

## Vorerkrankungen, Operationen

Am Herzen:

---

---

---

---

---

---

---

---

Andere Erkrankungen, Allergien, Medikamentenunverträglichkeit:

---

---

---

---

---

---

---

---

Ist bereits eine Herzkatheter-Untersuchung durchgeführt worden?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
---	--------------------------------	----------------------------------

Bitte beachten Sie auch die Rückseite



## Kardiovaskuläre Risikofaktoren

Besteht ein Bluthochdruck?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	Wenn ja, seit wieviel Jahren ist er bekannt? seit: _____		
Ist bei Ihnen Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus) bekannt?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	Wenn ja, seit wieviel Jahren ist er bekannt? seit: _____		
Sind Sie Raucher/in?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	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 Blutwerte (Cholesterin) bekannt?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	Letzte Kontrolle? _____	HDL-Cholesterin _____	LDL-Cholesterin _____
Sind bei Ihrer Familie oder bei den Eltern folgende Erkrankungen bekannt? Hoher Blutdruck	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	Herzinfarkt	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus)	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	Schlaganfall	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>

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

Medikament	Dosis (mg) _____	morgens <input type="checkbox"/>	mittags <input type="checkbox"/>	abends <input type="checkbox"/>	nachts <input type="checkbox"/>
Medikament	Dosis (mg) _____	morgens <input type="checkbox"/>	mittags <input type="checkbox"/>	abends <input type="checkbox"/>	nachts <input type="checkbox"/>
Medikament	Dosis (mg) _____	morgens <input type="checkbox"/>	mittags <input type="checkbox"/>	abends <input type="checkbox"/>	nachts <input type="checkbox"/>
Medikament	Dosis (mg) _____	morgens <input type="checkbox"/>	mittags <input type="checkbox"/>	abends <input type="checkbox"/>	nachts <input type="checkbox"/>
Medikament	Dosis (mg) _____	morgens <input type="checkbox"/>	mittags <input type="checkbox"/>	abends <input type="checkbox"/>	nachts <input type="checkbox"/>
Medikament	Dosis (mg) _____	morgens <input type="checkbox"/>	mittags <input type="checkbox"/>	abends <input type="checkbox"/>	nachts <input type="checkbox"/>
Medikament	Dosis (mg) _____	morgens <input type="checkbox"/>	mittags <input type="checkbox"/>	abends <input type="checkbox"/>	nachts <input type="checkbox"/>
Medikament	Dosis (mg) _____	morgens <input type="checkbox"/>	mittags <input type="checkbox"/>	abends <input type="checkbox"/>	nachts <input type="checkbox"/>
Üben Sie eine Sportart aus?		ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	Wenn ja, welche? _____	
Nehmen Sie an einem Disease-Management-Programm (DMP) Ihrer Krankenkasse teil?		ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>		

Welchen Beruf üben Sie aus? (freiwillige Angabe)

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit.