

# Patientenfragebogen zur Krankheitsgeschichte

Dr. med. Michael Drexler  
Dr. med. Alexander Hauber  
Dr. med. Till Köhler  
Dr. med. Dorothee Konrad  
Dr. med. Guido Mentz  
Dr. med. Sebastian Sonnenschein  
Dr. med. Michaela Speth-Nitschke  
Dr. med. Michael Todt  
Dr. med. Jörg Volmar  
Dr. med. Norbert Wittlich

Name, Vorname

Aus welchem Grund erfolgt die kardiologische Vorstellung?

## Beschwerden

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

ja                    nein  
                   

Haben Sie Luftnot bei Anstrengung?

ja                    nein  
                   

Wieviele Stockwerke können Sie gehen ohne anzuhalten?

Anzahl: \_\_\_\_\_

Haben Sie Wasser in den Beinen / geschwollene Beine?

ja                    nein  
                   

Müssen Sie beim Gehen wegen Wadenschmerzen stehen bleiben?

ja                    nein                    Wenn ja, nach  
                                        wievielen Metern? \_\_\_\_\_

## Vorerkrankungen, Operationen am Herzen

Ist bereits schon einmal eine Herzkatheter-Untersuchung durchgeführt worden?

ja                    nein  
                   

## Andere Erkrankungen, Allergien, Medikamentenunverträglichkeit

Bitte beachten Sie auch die Rückseite

# Patientenfragebogen (Fortsetzung)



## 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"/>
Sind bei Ihrer Familie oder bei den Eltern folgende Erkrankungen bekannt? 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 (mit Dosierung) !

Medikament	morgens	mittags	abends	nachts

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.