

NACHNAME: _____ VORNAME: _____ Geboren am _____

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient!

Damit wir Ihnen optimal helfen können, bitten wir Sie, schon jetzt einige Fragen zu beantworten.

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

NEIN JA (bitte notieren Sie die Medikamente hier oder legen Ihren Medikamentenzettel bei)

Ich komme wegen folgender gesundheitlicher Probleme/Symptome:

Wie aktiv ist Ihr Alltagsleben? (z.B. Sport, Radeln, Spazieren, Einkaufen, Gartenarbeiten, etc.)

Verspüren Sie im Brustkorb Schmerzen, ein Druckgefühl oder ein Engegefühl?

NEIN JA und zwar in Ruhe JA und zwar bei körperlicher Belastung

Sind Sie kurzatmig?

NEIN JA und zwar in Ruhe JA und zwar bei körperlicher Belastung

Schwellen Ihre Füße oder Unterschenkel manchmal an?

NEIN JA _____

Tritt bei Ihnen Herzstolpern oder Herzrasen auf?

NEIN JA (Wie oft? Wie lange? Herzfrequenz? Anfang/Ende abrupt?) _____

Treten bei Ihnen Bewusstlosigkeit auf?

NEIN JA und zwar _____

Verspüren Sie beim Gehen Schmerzen in den Beinen?

NEIN JA und zwar ab ca. _____ Meter Gehstrecke

Treten bei Ihnen Lähmungen, Gefühlsstörungen, Sprachstörungen auf??

NEIN JA _____

Ist bei Ihnen eine Herzerkrankung vorbekannt? (z.B. Herzinfarkt, Herzschwäche, Klappenfehler, Rhythmusstörungen)

NEIN JA und zwar _____

Haben Sie erhöhten Blutdruck?

NEIN JA mir sind folgende Werte bekannt _____

Kennen Sie Ihren Cholesterinwert?

NEIN JA mir sind folgende Werte bekannt _____

Sind Sie zuckerkrank (Diabetes mellitus)?

NEIN JA und zwar seit _____

Rauchen Sie?

NEIN NEIN nicht mehr, habe geraucht bis ____ ca. ____ Zigaretten/Tag
 JA ich rauche seit ____ Jahren ca. ____ Zigaretten/Tag

Treten in Ihrer Familie bestimmte Erkrankungen gehäuft bei Ihren Eltern und/oder Geschwistern auf? (z.B. Herzinfarkt, Bypass-OP, Herzkatheter, Schlaganfall, hoher Blutdruck, Zuckerkrankheit, Thrombose, Aneurysma, Vorhofflimmern)

NEIN JA und zwar _____

Verstarb ein Familienmitglied (Eltern/Geschwister) in jungen Jahren plötzlich oder unerwartet??

NEIN JA und zwar an _____

Schnarchen Sie nachts? Oder sind nächtliche Atemaussetzer bekannt?

NEIN JA

Haben Sie häufiger Husten?

NEIN JA aber ohne Auswurf/Schleim JA mit Auswurf/Schleim
Welche Farbe hat der Auswurf? _____

Sind bei Ihnen allergische Reaktionen bekannt?

NEIN JA und zwar _____

Ist Ihre Verdauung (Stuhlgang) in Ordnung?

JA NEIN und zwar bestehen folgende Probleme _____

Können Sie beschwerdefrei Wasserlassen?

JA NEIN und zwar bestehen folgende Probleme _____

Ist Ihr Körpergewicht in den letzten Monaten/Jahren mehr oder weniger stabil?

JA NEIN, ich habe zugenommen und zwar ca. ____ Kg seit _____
 NEIN, ich habe abgenommen und zwar ca. ____ Kg seit _____

Ist bei Ihnen eine Schilddrüsenerkrankung bekannt?

NEIN JA (Vergrößerung, Überfunktion, Unterfunktion, Operation) _____

Bestehen bei Ihnen sonstige Erkrankungen? (Lunge, Nieren; Operationen; Krankenhausbehandlungen usw...)

NEIN JA und zwar _____

Trinken Sie alkoholische Getränke?

NEIN JA (bitte geben Sie Art und Menge an) _____

Welchen Beruf üben Sie aus?

Ich übe folgenden Beruf aus _____
 Ich bin pensioniert seit _____ Zuvor war ich _____