

# Patientenfragebogen **Kardiologische** Gemeinschaftspraxis

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

vor Ihrem ersten Besuch in unserer Praxis möchten wir Sie bitten, sich etwas Zeit zu nehmen, um einige Fragen zu beantworten. Die Untersuchung kann damit für Sie besser geplant, und die Gefahr, dass etwas Wichtiges vergessen wird, reduziert werden. Antworten, die Sie nicht, oder nur im Beisein des Arztes geben möchten, lassen Sie bitte einfach offen. Sollten Sie diesen Fragebogen bereits vor Ihrem Praxisbesuch erhalten, wäre es ideal, ihn uns bereits vorher zukommen zu lassen (Fax 03491/42059-19).

Untersuchungstag: \_\_\_\_\_

## Persönliche Angaben

Name: \_\_\_\_\_ Geb.-Datum: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_  
Hausarzt: \_\_\_\_\_ Handynummer/E-Mail \_\_\_\_\_

## Was ist der Anlass für Ihren Praxisbesuch/ welche Beschwerden führen Sie zu uns?

- Schmerzen im Brustbereich
- „Herzstolpern“ oder „Herzrasen“
- Bluthochdruck
- Kontrolle bei bekannter Herzerkrankung (Herzinfarkt, Herzklappenfehler, Herzoperation)?
- Kontrolle eines Herzschrittmachers oder Defibrillators?
- Sonstiges \_\_\_\_\_
- Atemnot bei Belastung?
- Schwindel/ ev. Bewusstlosigkeit?

## Leiden Sie unter folgenden Erkrankungen?

- Bluthochdruck
- Fettstoffwechselstörung
- Diabetes
- Herzkranzgefäßverengung
- Erkrankung der Beinarterien
- Schlaganfall
- Sonstiges: \_\_\_\_\_
- Ich nehme an einem Betreuungsprogramm meiner Krankenkasse teil (DMP, ...)!
  - DMP KHK
  - DMP Diabetes
  - DMP Asthma/COPD

## Wurden bei Ihnen folgende Untersuchungen/ Behandlungen bereits durchgeführt?

- Herzkatheteruntersuchung      wann? \_\_\_\_\_ wo? \_\_\_\_\_
- Aufdehnung von Herzgefäßen (PTCA/ Stent)      wann? \_\_\_\_\_ wo? \_\_\_\_\_
- Herzoperation (Bypass/ Klappenoperation)      wann? \_\_\_\_\_ wo? \_\_\_\_\_

Machen Sie uns bitte ggf. Angaben über Krankenhausbehandlungen der letzten Jahre:

Jahr:	Klinik:	Anlass:

**Bitte bringen Sie aktuelle Befunde (Krankenhausberichte, Blutbefunde etc.) mit!**  
Ggf. beim Hausarzt erhältlich!

Treiben Sie regelmäßig Sport?  ja  nein

Rauchen Sie?  ja  nein

Ist bei nahen Verwandten (Eltern, Geschwister) eine schwere Herzerkrankung/Schlaganfall vor dem 60. Lebensjahr aufgetreten?  ja  nein

Bekannte Allergien (Medikamente, Verbandsstoffe, Kontrastmittel):  ja  nein

**Größe:** \_\_\_\_\_ **cm**                      **Gewicht:** \_\_\_\_\_ **kg**

Medikamenteneinnahme: <input type="checkbox"/> siehe beiliegenden Verordnungsplan				
<i>oder</i>				
führen Sie <b>sämtliche Medikamente</b> an, die Sie einnehmen! (ebenso: Insulin, Schmerztabletten etc.)				
Medikament / Stärke (mg?)	Morgens	Mitags	Abends	Nachts

Vielen Dank, dass Sie sich für die Beantwortung der Fragen Zeit genommen haben. Ihre Angaben werden wie auch alle weiteren persönlichen Daten entsprechend der ärztlichen Schweigepflicht strikt vertraulich behandelt!

Ihr Praxisteam