Dr. med. Kathrin Kubisch
Dr. med. Matthias Stratmann
Dr. med. Ralf Kuhnert
Dr. med. Yüksel Onay
Dr. med. Osman Gürocak

Fachärzte für Innere Medizin - Kardiologie

KARDIOLOGISCHE GEMEINSCHAFTSPRAXIS KAMPSTRASSE

Kampstrasse 45 44137 Dortmund
Tel. 0231 958080 0 www.cardio-dortmund.de

Patientenfragebogen zur Krankheitsvorgeschichte

Sehr geehrte Frau _____,

sehr geehrter Herr _____,

einige Dinge, die Ihr Hausarzt selbstverständlich von Ihnen weiß, sind uns jedoch nicht bekannt. Bitte machen Sie sich deshalb die Mühe und beantworten Sie uns die folgenden Fragen:

Unter welcher(n) Telefonnummer(n) sind Sie erreichbar? 1._____
2._____

Haben Sie **Herz-** oder **Brustschmerzen**? ☐ ja ☐ nein
Werden Sie **kurzatmig** bei Anstrengungen? ☐ ja ☐ nein
Haben Sie sichtbare **Krampfadern** an den Beinen? ☐ ja ☐ nein
Haben Sie zeitweise **Wasser** in den Beinen? ☐ ja ☐ nein
Müssen Sie zeitweise **nachts aufstehen** zum **Wasserlassen**? ☐ ja ☐ nein
Müssen Sie beim Gehen wegen **Wadenschmerzen** stehenbleiben? ☐ ja ☐ nein
Wie viele Etagen können Sie **Treppen** steigen ohne stehenzubleiben? ____ Etagen
Treiben Sie regelmäßig **Sport**? ☐ ja ☐ nein
Verspüren Sie zeitweilig unregelmäßigen **Herz-** oder **Pulsschlag**? ☐ ja ☐ nein
Sind Sie schon einmal **bewußtlos** geworden? ☐ ja ☐ nein
Haben Sie **Schwindelanfälle**? ☐ ja ☐ nein
Haben Sie hohen **Blutdruck**? ☐ ja ☐ nein
Was war bisher Ihr höchster Blutdruckwert? _____/_____

Sind Sie (Zigaretten-)**Raucher**? ☐ ja ☐ nein
Wenn Sie früher geraucht haben, **wann** haben sie das Rauchen **aufgegeben**? _____

Wurden bei Ihnen festgestellt:
Erhöhung der **Blutfette (**z.B**. Cholesterin)**? ☐ ja ☐ nein
Erhöhung des **Blutzuckers**? ☐ ja ☐ nein
Erhöhung der **Harnsäure**? ☐ ja ☐ nein
Traten in **Ihrer Familie** (bei Blutsverwandten) folgende Krankheiten auf?
Hoher **Blutdruck**? ☐ ja ☐ nein
Gehirnschlag mit Lähmungen? ☐ ja ☐ nein
Herzinfarkt, Angina pectoris, Bypass-OP oder Stent-Implantation? ☐ ja ☐ nein
Zuckerkrankheit? ☐ ja ☐ nein
Plötzlicher Todesfall ohne bekannte Ursache? ☐ ja ☐ nein

Bitte wenden!

Zählen Sie bitte in zeitlicher Reihenfolge **alle Herzerkrankungen** und weitere **Erkrankungen** auf, die Sie im Laufe des Lebens durchgemacht haben und schreiben Sie das Jahr der Erkrankung dazu (z.B. 1998 Herzbypass-Operation).

1. Herzkrankheiten: _____

_____

_____

2. Sonstige Erkrankungen, Operationen und Unfälle: _____

_____

_____

_____

Medikamentenplan liegt bei (Ja □).
Ansonsten geben Sie bitte **alle Medikamente** an, die Sie zur Zeit einnehmen (auch Abführmittel, Schmerzmittel, Beruhigungsmittel, Insulin und Medikamente für andere Krankheiten).

Name des **Medikamentes:**	**Wieviele?** morgens	mittags	abends	zur Nacht
Zum Beispiel: Plazebon 50 mg	1	0	1	0

	morgens	mittags	abends	zur Nacht

Haben Sie ihre Medikamente **heute** schon eingenommen? □ ja □ nein

Haben Sie eine **Zusatzversicherung** für stationäre Behandlung? □ ja □ nein

Ihr zuletzt ausgeübter **Beruf**? _____

Wann wurden Sie das letzte Mal geröntgt? _____

In welcher Praxis/Klinik? _____

Wann wurde bei Ihnen zuletzt Herz oder Lunge geröntgt? _____

In welcher Praxis/Klinik? _____

Eine Frage in eigener Sache: Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

□ Empfehlung Hausarzt □ sonstige Empfehlung □ Internet □ _____

Wir danken Ihnen für Ihre Mühe!