

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



**KARDIOLOGISCHE
GEMEINSCHAFTSPRAXIS
KAMPSTRASSE**

Fachärzte für Innere Medizin - Kardiologie

Kampstrasse 45
Tel. 0231 958080 0

44137 Dortmund
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

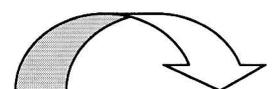
Zuckerkrankheit?

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 Herzbyypass-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
<i>Zum Beispiel:</i> 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!