

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:

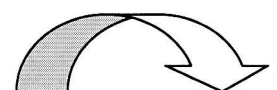
Unter welcher(n) Telefonnummer(n) sind Sie erreichbar? 1. _____
2. _____

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!