

Dr. med. Matthias Stratmann  
Dr. med. Ralf Kuhnert  
Dr. med. Yüksel Onay  
Dr. med. Osman Gürocak  
Dr. med. Mirjana Vojvodic-Mayer (ang. Ärztin)  
Dr. med. Nils Dyckmanns (ang. Arzt)

Fachärzte für Innere Medizin - Kardiologie



**KARDIOLOGISCHE  
GEMEINSCHAFTSPRAXIS  
KAMPSTRASSE**

Kampstrasse 45  
Tel.: 0231 95 80 800

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 bitte deshalb die Mühe und beantworten Sie uns die folgenden Fragen:

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

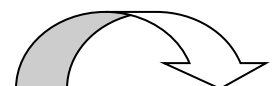
Haben Sie **Herz-** oder **Brustschmerzen**?  ja  nein  
Werden Sie **kurzatmig** bei Anstrengungen?  ja  nein  
Haben Sie sichtbare **Krampfadern** an den Beinen?  ja  nein  
Haben Sie zeitweise **Wasser** in den Beinen?  ja  nein  
Müssen Sie zeitweise **nachts aufstehen** zum **Wasserlassen**?  ja  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** oder Angina pectoris?  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 Herzbybpass-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!**