



Patientenfragebogen

für (Vor- und Nachname): _____

geboren am: _____ Hausarzt: _____

Größe: _____ cm Gewicht: _____ kg

1. Haben Sie eine oder mehrere der folgenden Beschwerden oder kommen Sie zur Kontrolle?

- Ich komme nur zur Kontrolle / Check-up
- Druck auf der Brust bei körperlicher Aktivität oder auch in Ruhe ?
- Luftnot schlimmer werdend oder gleichbleibend ?
- Schwindel schwankend (Schiff) oder drehend (Karussell) ?
- Ohnmacht Wann zuletzt? _____
- Herzstolpern
- Herzrasen Wie lange hält das Herzrasen an? _____
- andere Beschwerden: _____

2. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

- Nein Ja, ich habe einen Plan dabei. Ja, folgende:

Medikamentenname	Stärke	Früh	Mittag	Abend	Nacht

3. Messen Sie regelmäßig Ihren Blutdruck? Nein Ja, Blutdruckwerte ca: _____ / _____

4. Sind bei Ihnen eine oder mehrere der folgenden Risikofaktoren bekannt?

- Bluthochdruck (Hypertonie) Nein Ja
- Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus) Nein Ja
- erhöhte Blutfette (Cholesterin) Nein Ja
- Herzerkrankung, Herz-OP oder Schlaganfall in der Familie Nein Ja
- plötzl. Herztod/ungeklärte Todesursache (jünger als 65) in der Familie Nein Ja
- Rauchen Nein Ja, täglich _____ Zigaretten aufgehört seit _____

5. Sind bei Ihnen folgende Erkrankungen bekannt?

- Herzinfarkt Bypassoperationen Stent-Implantationen Schlaganfall
- Thrombosen/Embolien Tumorerkrankungen Schilddrüsenerkrankungen

6. Sind bei Ihnen Allergien bekannt? (auch gegen Medikamente, wie Antibiotika)

- Nein Ja, Allergie gegen: _____

7. Sehr geehrte(r) Patient(in), um Terminausfälle zu vermeiden, würden wir Sie gerne per SMS oder E-Mail an Ihre Termine erinnern. Wenn Sie keine Erinnerungen per SMS / E-Mail mehr erhalten möchten, teilen Sie uns das jederzeit mit. Wie möchten Sie erinnert werden?

- per SMS. Meine Mobilfunknummer: +49 _____
- per E-Mail. Meine Adresse in Druckbuchstaben: _____
- Ich möchte keine Terminerinnerungen erhalten.

Neusäß, den _____

Unterschrift