

Patientenfragebogen Kardiologie

Wir bitten unsere Patienten diesen Fragebogen möglichst genau auszufüllen. Die Angaben sind für uns sehr hilfreich um Ihre Situation genauer einschätzen zu können. Der Fragebogen ist auch über unsere Homepage abrufbar und kann auch schon im Vorfeld zuhause ausgefüllt werden.

Name:	Vorname:	
Geburtsdatum:		
Größe:	Gewicht:	
Hausarzt:		
Datum letzte Krankenhausbehandlung:		
Klinik:		
Aus welchem Anlass kommen Sie zu uns in die Praxis?		
Vorerkrankungen		
Herzinfarkt	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Verengung der Herzkranzarterien	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Herzschwäche	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Herzrhythmusstörungen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Schlaganfall	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Gehirnblutung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Verengung der Beinarterien oder Gehirnarterien	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Thrombosen oder Lungenembolie	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Lungenerkrankung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Magen oder Darmblutung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Risikofaktoren		
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Datum: _____

Diabetes	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
zu hoher Cholesterinspiegel	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
aktiver Raucher	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
ehemaliger Raucher	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Herzerkrankungen in der Familie	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Ungeklärte oder auffällige Todesfälle in der Familie	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
aktuelle Symptome			
Leistungsminderung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Brustschmerzen/Brustenge	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Atemnot	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Rhythmusstörungen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Schwindel	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Bewusstseinsverluste	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Fieber	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Gewichtsverlust	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Gewichtszunahme	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Geschwollene Beine/Fußgelenke	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Sonstiges:			
bisherige Therapien			
Bypassoperation	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Herzklappenoperation am offenen Herzen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Gefäßoperationen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Herzkatheter	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Dilatation von Herzkranzgefäßen ggf. mit Stent	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Behandlung von Herzklappen über einen Herzkatheter	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Behandlung von Herzrhythmusstörungen über Herzkatheter	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Implantierbarer Defibrillator (ICD)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Sonstiges:			
Medikamente (Name und Dosierung)	Morgens	Mittags	Abends