

Patientenfragebogen **Kardiologische** Gemeinschaftspraxis

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

vor Ihrem ersten Besuch in unserer Praxis möchten wir Sie bitten, sich etwas Zeit zu nehmen, um einige Fragen zu beantworten. Die Untersuchung kann damit für Sie besser geplant, und die Gefahr, dass etwas Wichtiges vergessen wird, reduziert werden. Antworten, die Sie nicht, oder nur im Beisein des Arztes geben möchten, lassen Sie bitte einfach offen. Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt und an niemanden weitergegeben!

Untersuchungstag: _____

Persönliche Angaben

Name: _____ Geb.-Datum: _____ Tel. _____
Hausarzt: _____ Handynummer: _____
Gewicht: _____ E-Mail: _____
Größe: _____

Was ist der Anlass für Ihren Praxisbesuch/ welche Beschwerden führen Sie zu uns?

- Schmerzen im Brustbereich
- Bluthochdruck
- „Herzstolpern“ oder „Herzrasen“
- Schwindel/ ev. Bewusstlosigkeit?
- Atemnot bei Belastung?
- Kontrolle bei bekannter Herzerkrankung (Herzinfarkt, Herzklappenfehler, Herzoperation)?
- Kontrolle eines Herzschrittmachers oder Defibrillators?
- Sonstiges

Leiden Sie unter folgenden Erkrankungen oder Infektionen?

- Bluthochdruck
- Fettstoffwechselstörung
- Diabetes
- Herzkranzgefäßverengung
- Erkrankung der Beinarterien
- Schlaganfall
- Asthma / COPD
- Infektionen (MRSA, Hepatitis, HIV)
- Ich nehme an einem Betreuungsprogramm meiner Krankenkasse teil (DMP, ...)!
 - DMP KHK
 - DMP Diabetes
 - DMP Asthma/COPD

Wurden bei Ihnen folgende Untersuchungen/ Behandlungen bereits durchgeführt?

- Herzkatheteruntersuchung wann? _____ wo? _____
- Aufdehnung von Herzgefäßen (PTCA/ Stent) wann? _____ wo? _____
- Herzoperation (Bypass/ Klappenoperation) wann? _____ wo? _____

Machen Sie uns bitte ggf. Angaben über Krankenhausbehandlungen der letzten Jahre:

Jahr:	Klinik:	Anlass:

Bitte bringen Sie aktuelle Befunde (Krankenhausberichte, Blutbefunde etc.) mit!
 Ggf. beim Hausarzt erhältlich!

- Treiben Sie regelmäßig Sport? ja nein
- Rauchen Sie? ja nein
- Ist bei nahen Verwandten (Eltern, Geschwister) eine schwere Herzerkrankung/Schlaganfall vor dem 60. Lebensjahr aufgetreten? ja nein
- Bekannte Allergien (Medikamente, Verbandsstoffe, Kontrastmittel): ja nein

Medikamenteneinnahme: <input type="checkbox"/> siehe beiliegenden Verordnungsplan führen Sie sämtliche Medikamente ^{oder} an, die Sie einnehmen! (ebenso: Insulin, Schmerztabletten etc.)				
Medikament / Stärke (mg?)	Morgens	Mittags	Abends	Nachts

Vielen Dank, dass Sie sich für die Beantwortung der Fragen Zeit genommen haben.

Ihr Praxisteam

Lutherstadt Wittenberg, den

Unterschrift: