



Patientenfragebogen

Datum _____

Name _____

Geburtsdatum _____

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen aus. Sollten Ihnen Informationen fehlen oder nicht bekannt sein lassen Sie die entsprechenden Felder frei. Ihre Angaben sind freiwillig, für uns aber sehr hilfreich um Ihre Situation genauer einschätzen zu können.

Aus welchem Anlass kommen Sie zu uns in die Praxis?

Welche der folgenden Risikofaktoren liegen bei Ihnen vor?

- | | | | |
|---|-----------------------------|-------------------------------|---|
| Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | |
| Diabetes mellitus | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | |
| Hoher Cholesterinspiegel | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | |
| Sind Sie aktiver Raucher | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | wieviel pro Tag? _____ seit wann? _____ |
| ehemaliger Raucher | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | bis wann ? _____ |
| Herzerkrankungen in der Familie | | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Ungeklärte/plötzliche Todesfälle in der Familie | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | |

Welche kardiologischen Vorerkrankungen sind bei Ihnen bekannt?

- | | | |
|-------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Koronare Herzerkrankung/Herzinfarkt | <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 |
| Verengung der Halsschlagader | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Thrombose/ Lungenembolie | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Sonstige Erkrankungen/andere Organe | | |

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?

bitte entweder in die Tabelle auf der **RÜCKSEITE** eintragen oder Medikamentenplan vorlegen

