



# Patientenfragebogen zur Krankheitsgeschichte

Datum: \_\_\_\_\_

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Hausarzt: \_\_\_\_\_

Aktuelle Größe: \_\_\_\_\_ cm Gewicht: \_\_\_\_\_ kg



Prof. Dr. med.  
Ascan Warnholtz

Alexander Lohrenz

Dr. med. Sven Tauchert

Fachärzte für Innere Medizin Kardiologie

## Beschwerden

Haben Sie bei Anstrengung Schmerzen/ Druck in der Brust?  ja  nein

Haben Sie Luftnot bei Anstrengung?  ja  nein

Merken Sie Herzrhythmusstörungen (Herzrasen, „Aussetzer“, „Herzstolpern“)?  ja  nein

Haben Sie schon einmal das Bewusstsein verloren?  ja  nein

Haben Sie Wasser in den Beinen/ geschwollene Beine?  ja  nein

## Vorerkrankungen, Operationen

Hatten Sie schon einen Herzinfarkt?  ja  nein Wenn ja, wann?

Hatten Sie schon einen Schlaganfall?  ja  nein Wenn ja, wann?

Wurde schon ein Herzkatheter durchgeführt?  ja  nein Wenn ja, wann?

Wurde schon ein Stent am Herzen eingesetzt?  ja  nein Wenn ja, wann?

Wurde schon eine Herzoperation durchgeführt?  ja  nein Wenn ja, wann?

Wurde schon ein Herzschrittmacher eingesetzt?  ja  nein Wenn ja, wann?

## Risikofaktoren für Herz-Kreislauferkrankungen

Rauchen Sie?  ja  noch nie  früher Wenn ja, wieviel? Wenn früher, wann aufgehört?

Haben Sie Bluthochdruck?  ja  nein Wenn ja, seit wann bekannt?

Messen Sie den Blutdruck selbst?  ja  nein Wenn ja, wie ist der obere Wert meistens? Unterer Wert?

Ist Ihr Cholesterin erhöht?  ja  nein Letzte Werte für LDL: \_\_\_\_\_ mg/dl, HDL: \_\_\_\_\_ mg/dl.

Haben Sie eine Zuckererkrankung (Diabetes)?  ja  nein Wenn ja, seit wann bekannt?

Ist bei Ihren Eltern oder Geschwistern ein Herzinfarkt aufgetreten?  ja  nein  
Wenn ja, bei wem und in welchem Alter?

Wenn Sie regelmäßig **Medikamente einnehmen**, geben Sie bitte einen aktuellen Medikamentenplan ab, oder **fragen Sie die Medikamente in die Checkliste auf der ersten Seite ein**.

**Vielen Dank für Ihre Mitarbeit !**