

# Checkliste zur Terminvorbereitung



Termin am                      um                      Uhr

**Adresse:** Kardiologische Praxis Dr. Tauchert / Prof. Dr. Warnholtz  
 Hans-Karl-Platz Am Markt 9  
 64347 Griesheim  
 Tel.: 06155 – 848830

**Bitte bringen Sie folgendes mit:**

<input type="checkbox"/>	<b>Elektronische Gesundheitskarte</b>				
<input type="checkbox"/>	<b>Überweisung vom Hausarzt</b>				
<input type="checkbox"/>	<b>Unterlagen / Befundberichte vorangegangener Untersuchungen</b> (falls vorhanden: Krankenhausberichte, Herzkatheterbefunde, OP-Berichte, Berichte anderer Fachärzte)				
<input type="checkbox"/>	Falls vorhanden: Marcumarausweis, Endokarditis Pass, Herz Pass, Diabetiker Pass, Blutdruck Pass				
<input type="checkbox"/>	<b>Auflistung der von Ihnen eingenommenen Medikamente:</b>				
Medikament	Dosis (mg)	morgens	mittags	abends	bei Bedarf
Medikament	Dosis (mg)	morgens	mittags	abends	bei Bedarf
Medikament	Dosis (mg)	morgens	mittags	abends	bei Bedarf
Medikament	Dosis (mg)	morgens	mittags	abends	bei Bedarf
Medikament	Dosis (mg)	morgens	mittags	abends	bei Bedarf
Medikament	Dosis (mg)	morgens	mittags	abends	bei Bedarf
Medikament	Dosis (mg)	morgens	mittags	abends	bei Bedarf
Medikament	Dosis (mg)	morgens	mittags	abends	bei Bedarf
Medikament	Dosis (mg)	morgens	mittags	abends	bei Bedarf

# Patientenfragebogen zur Krankheitsgeschichte



Datum:

Name, Vorname:

Aktuelle Größe:  cm    Gewicht:  kg

**Dr. med. Sven Tauchert**  
**Prof. Dr. med.**  
**Ascan Warnholtz**  
Fachärzte für Innere Medizin  
Kardiologie

## Beschwerden

Haben Sie bei Anstrengung Schmerzen/ Druck in der Brust?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Haben Sie Luftnot bei Anstrengung?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Merken Sie Herzrhythmusstörungen (Herzrasen, „Aussetzer“, „Herzstolpern“)?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Haben Sie schon einmal das Bewusstsein verloren?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Haben Sie Wasser in den Beinen/ geschwollene Beine?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>

## Vorerkrankungen, Operationen

Hatten Sie schon einen Herzinfarkt?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	Wenn ja, wann?
Hatten Sie schon einen Schlaganfall?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	Wenn ja, wann?
Wurde schon ein Herzkatheter durchgeführt?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	Wenn ja, wann?
Wurde schon ein Stent am Herzen eingesetzt?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	Wenn ja, wann?
Wurde schon eine Herzoperation durchgeführt?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	Wenn ja, wann?
Wurde schon ein Herzschrittmacher eingesetzt?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	Wenn ja, wann?

## Risikofaktoren für Herz-Kreislaferkrankungen

Rauchen Sie?	ja <input type="checkbox"/>	noch nie <input type="checkbox"/>	früher <input type="checkbox"/>	Wenn ja, wieviel?	Wenn früher, wann aufgehört?
Haben Sie Bluthochdruck?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	Wenn ja, seit wann bekannt?		
Messen Sie den Blutdruck selbst?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	Wenn ja, wie ist der obere Wert meistens?	Unterer Wert?	
Ist Ihr Cholesterin erhöht?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>			
Haben Sie eine Zuckererkrankung (Diabetes)?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	Wenn ja, seit wann bekannt?		
Ist bei Ihren Eltern oder Geschwistern ein Herzinfarkt aufgetreten?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	Wenn ja, bei wem und in welchem Alter?		

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

**Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!**