



## Patientenfragebogen zur Krankheitsvorgeschichte

Liebe Frau \_\_\_\_\_,  
lieber Herr \_\_\_\_\_,

einige Dinge, die Ihr Hausarzt selbstverständlich von Ihnen weiß, sind uns jedoch nicht bekannt. Bitte machen Sie sich deshalb die Mühe und beantworten Sie uns die folgenden Fragen:

Unter welcher(n) Telefonnummer(n) sind Sie erreichbar? 1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

Ihre Größe \_\_\_\_\_ und ihr Gewicht \_\_\_\_\_

Haben Sie **Herz-** oder **Brustschmerzen**?  ja  nein

Werden Sie **kurzatmig** bei Anstrengungen?  ja  nein

Haben Sie sichtbare **Krampfadern** an den Beinen?  ja  nein

Haben Sie zeitweise **Wasser** in den Beinen?  ja  nein

Müssen Sie zeitweise **nachts aufstehen** zum **Wasserlassen**?  ja  nein

Müssen Sie beim Gehen wegen **Wadenschmerzen** stehenbleiben?  ja  nein

Wie viele Etagen können Sie **Treppen** steigen ohne stehenzubleiben? \_\_\_\_\_ Etagen

Treiben Sie regelmäßig **Sport**?  ja  nein

Verspüren Sie zeitweilig unregelmäßigen **Herz-** oder **Pulsschlag**?  ja  nein

Sind Sie schon einmal **bewußtlos** geworden?  ja  nein

Haben Sie **Schwindelanfälle**?  ja  nein

Haben Sie hohen **Blutdruck**?  ja  nein

Was war bisher Ihr höchster Blutdruckwert? \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Sind Sie (Zigaretten-) **Raucher**?  ja  nein

Wenn Sie früher geraucht haben, **wann** haben sie das Rauchen  
**aufgegeben**? \_\_\_\_\_

Wurden bei Ihnen festgestellt:

Erhöhung der **Blutfette** (z.B. **Cholesterin**)?  ja  nein

Erhöhung des **Blutzuckers**?  ja  nein

Erhöhung der **Harnsäure**?  ja  nein

Traten in **Ihrer Familie** (bei Blutsverwandten) folgende Krankheiten auf?

Hoher **Blutdruck**?  ja  nein

**Gehirnschlag** mit Lähmungen?  ja  nein

**Herzinfarkt** oder Angina pectoris?  ja  nein

**Zuckerkrankheit**?  ja  nein

**Plötzlicher Todesfall** ohne bekannte Ursache?  ja  nein

Zählen Sie bitte in zeitlicher Reihenfolge **alle Herzerkrankungen** und weitere **Erkrankungen** auf, die Sie im Laufe des Lebens durchgemacht haben und schreiben Sie das Jahr der Erkrankung dazu (z.B. 1998 Herzbypass-Operation).

1. Herzkrankheiten: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

2. Sonstige Erkrankungen, Operationen und Unfälle: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Medikamentenplan liegt bei (Ja  ).**

Ansonsten geben Sie bitte **alle Medikamente** an, die Sie zur Zeit einnehmen (auch Abführmittel, Schmerzmittel, Beruhigungsmittel, Insulin und Medikamente für andere Krankheiten).

Name des **Medikamentes:**

**Wieviele?**

	morgens	mittags	abends	zur Nacht
<i>Zum Beispiel:</i> Plazebon 50 mg	1	0	1	0

	morgens	mittags	abends	zur Nacht

Haben Sie ihre Medikamente **heute** schon eingenommen?  ja  nein

Haben Sie eine **Zusatzversicherung** für stationäre Behandlung?  ja  nein

Ihr zuletzt ausgeübter **Beruf?** \_\_\_\_\_

Wann wurden Sie das letzte Mal geröntgt? \_\_\_\_\_

In welcher Praxis/Klinik? \_\_\_\_\_

Wann wurde bei Ihnen zuletzt Herz oder Lunge geröntgt? \_\_\_\_\_

In welcher Praxis/Klinik? \_\_\_\_\_

Eine Frage in eigener Sache: Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

Empfehlung Hausarzt  sonstige Empfehlung  Internet  \_\_\_\_\_

**Wir danken Ihnen für Ihre Mühe!**