

Dr. med. Arne Jochems Dr. med. Volker Godder Dr. med. Tamer Altılar

Fachärzte für Innere Medizin - Kardiologie

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Datum:

Sie helfen uns, die Diagnosefindung und Behandlung für Sie möglichst optimal zu gestalten, indem Sie die nachfolgenden Fragen beantworten. Zutreffendes bitte ankreuzen!

Name:

Vorname:

Tel.:

Alter:

Körpergröße:

Körpergewicht:

aktueller Hausarzt:

Sind Sie zuckerkrank? Nein Ja Wenn Ja, wie viele Jahre _____# Rauchen Sie? Nein Ja Wenn Ja, wie viel Jahre _____ und wie viele Zigaretten im Schnitt _____/Tag?# Haben Sie früher geraucht? Nein Ja Bis wann? _____# Leiden Sie an hohem Blutdruck bzw. nehmen Sie Tabletten gegen hohen Blutdruck?
 Nein Ja seit wann?# Ist Ihr Cholesterin schon einmal gemessen worden? Nein Ja normal
 Ja zu hoch# Nehmen Sie einen Cholesterinsenker ein? Nein Ja# Müssen Sie nachts aufstehen um Wasser zu lassen? Nein Ja _____mal# Hatten Sie in der letzten Zeit Wasser („Ödeme“) in den Beinen? Nein Ja
Welches Bein? rechts links beidseits häufig gelegentlich# Sind Sie an der Schilddrüse erkrankt? Nein Ja folgendes: _____

Ist seitens Vater, Mutter oder Geschwistern in jungen Jahren (früher als dem 65. Lebensjahr)

 ein Schlaganfall oder ein Herzinfarkt eine koronare Bypass-Operation eine Linksherzkatheteruntersuchung mit Gefäßstütze

aufgetreten bzw. durchgeführt worden?

 Nein Ja

Hatten Sie eine Thrombose?

Welches Bein? rechts links beidseits Nein Ja im Jahr _____

Wie weit ist Ihre derzeitige Gehstrecke bevor die Beine anfangen zu schmerzen?

ca. _____ Meter

Hatten Sie einen Schlaganfall?

 Nein Ja im Jahre _____ auf der _____ Seite

**Bitte wenden und Rückseite beachten
und beigefügten Medikamentenbogen bitte ausfüllen!**

Verspüren Sie Schmerzen, Brennen, Engegefühl, Druckgefühl oder Schweregefühl oder etwas Ähnliches im Brustraum? Nein Ja

Wenn Ja,

seit wann:

Ist das Gefühl im Lauf der Zeit
 gleichbleibend zunehmend abnehmend kann ich nicht sagen

Ist das Gefühl abhängig
 von Anstrengung vom Atmen von der Körperlage kann ich nicht sagen

Beschreiben Sie das Gefühl bitte mit eigenen Worten:

Verspüren Sie Luftnot? Nein Ja

Wenn Ja,

seit wann:

Ist die Luftnot im Lauf der Zeit
 gleichbleibend zunehmend abnehmend kann ich nicht sagen

Tritt sie auf
 bei höchster Anstrengung bei mittlerer Anstrengung bei geringer Anstrengung
 in Ruhe kann ich nicht sagen

Wie viele Treppen können Sie hochgehen, bevor Sie wegen Luftnot stehen bleiben? _____

Verspüren Sie unregelmäßigen, zu langsamen oder zu schnellen Herzschlag (Herzrhythmusstörungen) ? Nein Ja

Wenn Ja,

seit wann:

Sind die Herzrhythmusstörungen im Lauf der Zeit
 gleichbleibend zunehmend abnehmend kann ich nicht sagen

Wie würden Sie sie beschreiben Herzrasen Aussetzer Extraschläge
 Herzflimmern Pochen und Klopfen langsamen Puls nichts davon

In welchen Situationen tritt die Rhythmusstörung auf? _____

Wird sie begleitet von
 Luftnot ungewohnten Gefühlen im Brustraum keines von Beiden

Hatten Sie je eine Linksherzkatheteruntersuchung („großer Herzkatheter“) Nein Ja

Hatten Sie einen Herzinfarkt? Nein Ja

Sind Sie am Herzen oder an den Gefäßen operiert worden? Nein Ja, und zwar:
(bitte schildern **was** operiert wurde und in welchem **Krankenhaus** sowie das **Jahr** der Operation)
