

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

## Fachärzte für Innere Medizin - Kardiologie

Sehr geehrter Patient, sehr geehrte Patientin,

Datum:

Danke, dass Sie uns wieder Ihr Vertrauen schenken. 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.:

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?# Leiden Sie an hohem Blutdruck bzw. nehmen Sie Tabletten gegen hohen Blutdruck?  
 Nein    Ja   seit wann?# Ist Ihr Cholesterin seit Ihrem letzten Besuch 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# Haben oder hatten Sie Wasser („Ödeme“) in den Beinen?    Nein    Ja  
Welches Bein?    rechts    links    beidseits    häufig    gelegentlich# Hatten Sie zwischenzeitlich eine Thrombose?    Nein    Ja im Jahr \_\_\_\_\_  
Welches Bein?    rechts    links    beidseits# Hatten Sie zwischenzeitlich einen Schlaganfall?    Nein  
 Ja im Jahre \_\_\_\_\_ auf der \_\_\_\_\_ Seite# Verspüren Sie Schmerzen, Brennen, Engegefühl, Druckgefühl oder Schweregefühl oder etwas Ähnliches im Brustraum?    Nein    Ja# Verspüren Sie Luftnot?    Nein    Ja# Verspüren Sie unregelmäßigen, zu langsamen oder zu schnellen Herzschlag (Herzrhythmusstörungen)?    Nein    Ja# Hatten Sie zwischenzeitlich einen Herzinfarkt?    Nein    Ja im Jahre \_\_\_\_\_# Sind Sie zwischenzeitlich am Herzen od. an den Gefäßen operiert worden?    Nein    Ja und zwar

(bitte schildern, was operiert wurde und in welchem Krankenhaus sowie das Jahr der Operation)

---



---



---

Bitte wenden und Rückseite beachten!

