

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!

