



Kardiologische Gemeinschaftspraxis

Dr. med. Arne Jochems • Dr. med. Volker Godder • Dr. med. Tamer Altılar
Fachärzte für Innere Medizin – Kardiologie

Datum:

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

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

1. Name: Vorname:

Tel.: Alter: Körpergröße: Körpergewicht:

aktueller Hausarzt: Beruf:.....

2. Sind Sie zuckerkrank? [] Nein [] Ja Wenn Ja, wie viele Jahre

3. Rauchen Sie? [] Nein [] Ja Wenn Ja, wie viel Jahre
und wie viele Zigaretten im Schnitt pro Tag?

4. Haben Sie früher geraucht? [] Nein [] Ja Bis wann

5. Leiden Sie an hohem Blutdruck [] Nein [] Ja Nehmen Sie Tabletten gegen hohen Blutdruck?
Seit wann?

6. Ist Ihr Cholesterin schon einmal gemessen worden? [] Nein [] Ja, normal [] Ja, zu hoch

7. Nehmen Sie einen Cholesterinsenker ein? [] Nein [] Ja

8. Müssen Sie nachts aufstehen, um Wasser zu lassen? [] Nein [] Ja, mal

9. Haben Sie aktuell Wasser („Ödeme“) in den Beinen? [] Nein [] Ja

Welches Bein? [] rechts [] links [] beide [] häufig [] gelegentlich

Hatten Sie Wasser („Ödeme“) in den Beinen? [] Nein [] Ja wann.....

Welches Bein? [] rechts [] links [] beide [] häufig [] gelegentlich

10. Sind Sie an der Schilddrüse erkrankt? [] Nein [] Ja, folgendes:

11. Ist seitens Vater, Mutter oder Geschwistern in jungen Jahren (Mutter bis zum 65., Vater bis zum 55. Lebensjahr)

[] ein Schlaganfall [] ein Herzinfarkt [] eine koronare Bypass-Operation

[] eine Linksherzkatheteruntersuchung mit Gefäßstütze aufgetreten bzw. durchgeführt worden? [] Nein [] Ja

12. Hatten Sie eine Thrombose? [] Nein [] Ja, im Jahr

Welches Bein? [] rechts [] links [] beide

13. Wie weit ist Ihre derzeitige Gehstrecke, bevor die Beine anfangen zu schmerzen? ca.Meter

14. Hatten Sie einen Schlaganfall? [] Nein [] Ja, im Jahre auf der Seite

Bitte wenden und Rückseite beachten
und beigefügten Medikamentenbogen bitte ausfüllen!

A. 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:

B. 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?

C. 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

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

E. Hatten Sie einen Herzinfarkt? Nein Ja

F. 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)

.....
.....
.....

Kardiologische Gemeinschaftspraxis

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

Fachärzte für Innere Medizin - Kardiologie

Neumarkt 1, 45879 Gelsenkirchen Telefon 0209-21996/7 Telefax 0209-1476903

Herzkatheterlabor im St. Elisabeth Hospital Herten

Bildgebenden Diagnostik: Radiologie Ahstraße

Liebe Patientin, lieber Patient,

im Datenschutz (SGB V § 73) ist geregelt, dass wir nur Arztbriefe verschicken dürfen, wenn Sie uns das schriftlich erlauben.

Im Laufe der Behandlung kommt es jedoch immer wieder vor, dass mitbehandelnde ärztliche Stellen (Fachärzte, Krankenhäuser, MDK) Befundberichte von uns benötigen. Damit diese Ärztinnen und Ärzte auf Anfrage einen Befundbericht von uns erhalten dürfen, benötigen wir eine Unterschrift von Ihnen.

Nur dann werden diese Befunde weitergeleitet.

Deshalb bitten wir Sie, die Ihrem Willen entsprechende Aussage anzukreuzen und diesen Bogen unten zu unterschreiben.

- Ich bin damit einverstanden, dass sowohl der überweisende Arzt/Ärztin als auch andere mitbehandelnde Ärzte auf Anfrage einen Befundbericht erhalten.
- Ich wünsche ausdrücklich, dass Sie **keinen** Befundbericht an meinen überweisenden Arzt/Ärztin und an mitbehandelnde ärztliche Stellen verschicken.

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Datum und Unterschrift: _____