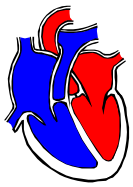

WDH

Kardiologische Gemeinschaftspraxis

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

Datum: .....

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

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!*

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 viele 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. **Hatten Sie zwischenzeitlich eine Thrombose?** ☐ Nein ☐ **Ja,** im Jahr .....
    Welches Bein? ☐ rechts ☐ links ☐ beide
11. **Hatten Sie zwischenzeitlich einen Schlaganfall?** ☐ Nein ☐ **Ja**, im Jahre ..... auf der ..... Seite
12. **Verspüren Sie Schmerzen, Brennen, Engegefühl, Druckgefühl oder Schweregefühl oder etwas Ähnliches im Brustraum?** ☐ Nein ☐ **Ja**
13. **Verspüren Sie Luftnot?** ☐ Nein ☐ **Ja**
14. **Verspüren Sie unregelmäßigen, zu langsamen oder zu schnellen Herzschlag** (Herzrhythmusstörungen)**?** ☐ Nein ☐ **Ja**
15. **Hatten Sie zwischenzeitlich einen Herzinfarkt?** ☐ Nein ☐ Ja, **im Jahr** .....
16. **Sind Sie zwischenzeitlich 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).

    .....

    .....

    .....

Bitte wenden und Rückseite beachten!

Kardiologische Gemeinschaftspraxis

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

Fachärzte für Innere Medizin - Kardiologie

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

Herzkatheterlabor im St. Elisabeth Hospital Herten

Bildgebende Diagnostik: Radiologie Ahstraße

Name:_____

Bitte tragen Sie hier alle Ihre Medikamente mit der Dosierung ein!!

		Tablettenmenge			
Medikament	Dosis (mg)	morgens	mittags	abends	bei Bedarf
Beispiel: Mustermedikament	20	0	1	0	