



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
Bildgebende Diagnostik: Radiologie Ahstraße

**Einverständniserklärung des Patienten zur
Übermittlung von Behandlungsdaten und
Befunden - § 73 Abs. 1 b SGB V**

Durch den Patienten auszufüllen !

.....
Name, Vorname

.....
Geburtsdatum

- Ja** Ich bin damit einverstanden, dass mein **behandelnder Hausarzt** Behandlungsdaten und Befunde von mir **einholt**, die beispielsweise einem Facharzt, einem Psychotherapeuten oder einem anderen Leistungserbringer, bei dem ich in Behandlung bin, vorliegen. Die betreffenden Personen sind verpflichtet, diese Informationen an meinen Hausarzt weiterzuleiten. Mein Hausarzt darf diese Information nur zur Dokumentation und weiteren Behandlung verwenden.
- Nein**

- Ja** Ich bin damit einverstanden, dass mein **behandelnder Arzt/Psychotherapeut** die für meine Behandlung erforderlichen Daten und Befunde bei meinem Hausarzt und bei anderen Leistungserbringern, bei denen ich in Behandlung bin, **einholt**. Die betreffenden Personen sind verpflichtet, diese Informationen weiterzuleiten. Mein behandelnder Arzt/Psychotherapeut darf diese Informationen nur zum Zwecke der von ihm zu erbringenden Leistungen verwenden.
- Nein**

- Rezept** Sollte ich bezüglich einer Rezeptabholung verhindert sein bevollmächtige ich folgende Person/Personen diese entgegenzunehmen

.....
Name, Vorname

Datenschutzinformation: In unserer Praxis werden Ihre persönlichen Daten, ggf. Ihre Gesundheitsdaten, überwiegend elektronisch verarbeitet. Dies ist im Rahmen Ihrer Behandlung unumgänglich. Die Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt auf Grundlage von Artikel 6 (1) (b,c) DSGVO. Wir möchten Sie daher auf unsere Aushänge in der Praxis bezüglich des Datenschutzes hinweisen. Noch ausführlicher haben wir Ihnen diese auf unserer Homepage, www.kardiologiegelsenkirchen.de zur Verfügung gestellt.

Dass ich diese Einverständniserklärung jederzeit ganz oder teilweise schriftlich widerrufen kann, ist mir bekannt.

.....
Datum, Unterschrift des Patienten