



PATIENTENFRAGEBOGEN

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

die nachfolgenden Fragen betreffen Ihre Krankenvorgeschichte, die Ihr Hausarzt selbstverständlich von Ihnen weiß, uns aber noch nicht bekannt sind. Sie dienen der Klärung Ihres Krankheits- oder Beschwerdebildes und erleichtern unser anschließendes Gespräch.

Name: _____
Vorname: _____
Alter: _____
Beruf: _____
Familienstand: _____
Festnetz- u. Handy-Nr.: _____

Welche Vorerkrankungen hatten Sie und wann:

- | | | |
|------------------------------------|-------------------------------|---|
| ➤ Herzerkrankungen | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja / wann: _____ |
| ➤ Schilddrüsenerkrankungen | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja / wann: _____ |
| ➤ Schlaganfall | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja / wann: _____ |
| ➤ Durchblutungsstörungen der Beine | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja / wann: _____ |
| ➤ Operation - welche | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja / wann: _____ |
- _____
- _____
- _____

Bitte alle Medikamente mit Dosierung (mg) angeben:

| Name des Medikamentes: | Wie oft am Tag ? |
|------------------------|------------------|
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |

Wann wurde die letzte Röntgenaufnahme der Lunge durchgeführt:

Todesursache der Eltern:

Vater: _____

Mutter: _____

Haben Sie Brust- oder Herzschmerzen?

- In Ruhe: ja nein
- Bei Belastung (Spaziergang, Radfahren usw.): ja nein
- Wie oft am Tag: _____
- In der Nacht: ja nein

Haben Sie Luftnot?

- In Ruhe:
- Beim Treppensteigen (nach _____Etagen) ja nein

Haben Sie Wasser in den Beinen?

- Wenn ja, seit wann ? _____

Haben Sie einen unregelmäßigen Pulsschlag?

- ja nein
- langsam schnell

Hatten sie schon einmal eine Bewusstlosigkeit?

- ja nein

Haben Sie Schwindel?

- ja nein

Haben Sie beim Gehen Beinschmerzen?

- ja nein

Rauchen Sie?

- Haben Sie früher geraucht? ja nein
- Bis wann? ja nein
- Wieviel? _____

Sind bei Ihnen folgende Werte erhöht?

- Blutdruck ja nein
 - wie hoch _____
- Blutzucker ja nein
 - seit wann _____
 - wie hoch _____
- Blutfett ja nein
 - wie hoch _____

Familiäre Erkrankungen:

- Bluthochdruck ja nein
- Herzinfarkt ja nein
- Schlaganfall ja nein
- Zuckerkrankheit ja nein
- Plötzlicher Todesfall ja nein
- Krebserkrankungen ja nein

Wir danken Ihnen für Ihre Informationen und Mitarbeit !!!!!