

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient, wir bitten Sie, diesen Fragebogen zu Ihrer Krankheitsvorgeschichte sowie den umseitigen Medikamentenplan vor Beginn Ihrer Behandlung bei uns vollständig und lesbar auszufüllen:

Name: Telefon: Beruf:
 Vorname: Mobil: Arbeitgeber:
 geb. am: E-Mail: Hausarzt:
 Straße: Krankenkasse:
 PLZ: Ort:

TEIL 1: FRAGEN ZU IHRER GESUNDHEIT


	JA	NEIN
Haben Sie Herz- oder Brustschmerzen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Werden Sie kurzatmig bei Anstrengungen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haben Sie sichtbare Krampfadern an den Beinen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haben Sie zeitweise Wasser in den Beinen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Müssen Sie zeitweise nachts aufstehen zum Wasserlassen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Müssen Sie beim Gehen wegen Wadenschmerzen stehenbleiben?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Treiben Sie regelmäßig Sport?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Verspüren Sie zeitweilig unregelmäßigen Herz- oder Pulsschlag?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sind Sie schon einmal bewusstlos geworden?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haben Sie Schwindelanfälle?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haben Sie hohen Blutdruck?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sind Sie (Zigaretten-) Raucher?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Frage nur an ehemalige Raucher: Wann haben Sie aufgehört zu Rauchen?	<input type="text"/>	
Wie viele Etagen können Sie Treppen steigen ohne stehenzubleiben?	<input type="text"/> Etagen	
Was war bisher Ihr höchster gemessener Blutdruckwert?	<input type="text"/>	

Wurde bei Ihnen festgestellt:

	JA	NEIN
Erhöhung der Blutfette (z.B. Cholesterin)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Erhöhung des Blutzuckers?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Erhöhung der Harnsäure?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Traten in Ihrer Familie (bei Blutsverwandten) folgende Krankheiten auf:

	JA	NEIN
Hoher Blutdruck?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gehirnschlag mit Lähmungen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Herzinfarkt oder Angina pectoris?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Zuckerkrankheit?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Plötzlicher Todesfall ohne bekannte Ursache?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Datum: Ihre Unterschrift:  **Bitte beachten Sie auch die Rückseite!**

TEIL 2: MEDIKAMENTENPLAN

Zählen Sie bitte in zeitlicher Reihenfolge alle Herzerkrankungen und weitere Erkrankungen auf, die Sie im Laufe des Lebens hatten und schreiben Sie das Jahr der Erkrankung dazu:
(Beispiel: „1998 Herzbybypass-Operation“)

Herzkrankheiten:

Sonstige Erkrankungen, Operationen und Unfälle:

Medikamentenplan liegt bei? (JA)

...ansonsten geben Sie bitte alle Medikamente an, die Sie zur Zeit einnehmen
(auch Abführmittel, Schmerzmittel, Beruhigungsmittel, Insulin und Medikamente für andere Krankheiten):

Beispiel-Medikament: <u>Plazebon 50mg</u>	morgens: <u>1</u>	mittags: <u>0</u>	abends: <u>1</u>	zur Nacht: <u>0</u>
Medikament: <input type="text"/>	morgens: <input type="text"/>	mittags: <input type="text"/>	abends: <input type="text"/>	zur Nacht: <input type="text"/>
Medikament: <input type="text"/>	morgens: <input type="text"/>	mittags: <input type="text"/>	abends: <input type="text"/>	zur Nacht: <input type="text"/>
Medikament: <input type="text"/>	morgens: <input type="text"/>	mittags: <input type="text"/>	abends: <input type="text"/>	zur Nacht: <input type="text"/>
Medikament: <input type="text"/>	morgens: <input type="text"/>	mittags: <input type="text"/>	abends: <input type="text"/>	zur Nacht: <input type="text"/>
Medikament: <input type="text"/>	morgens: <input type="text"/>	mittags: <input type="text"/>	abends: <input type="text"/>	zur Nacht: <input type="text"/>
Medikament: <input type="text"/>	morgens: <input type="text"/>	mittags: <input type="text"/>	abends: <input type="text"/>	zur Nacht: <input type="text"/>
Medikament: <input type="text"/>	morgens: <input type="text"/>	mittags: <input type="text"/>	abends: <input type="text"/>	zur Nacht: <input type="text"/>
Medikament: <input type="text"/>	morgens: <input type="text"/>	mittags: <input type="text"/>	abends: <input type="text"/>	zur Nacht: <input type="text"/>

Ihr zuletzt ausgeübter Beruf?

Wann wurden Sie das letzte Mal geröntgt?

...in welcher Praxis/Klinik?

Wann wurde bei Ihnen zuletzt Herz oder Lunge geröntgt?

...in welcher Praxis/Klinik?

Wir sagen
„herzlichen Dank“
für Ihre Mühe!

Haben Sie Ihre Medikamente lt. obigem Plan <u>heute</u> genommen?.....	JA	NEIN	
Haben Sie eine Zusatzversicherung für stationäre Behandlung?.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

Bitte auch Vorderseite beachten!