



Liebe Patientin, lieber Patient,

wir freuen uns, Sie in unserer kardiologischen Gemeinschaftspraxis
Dres. med. U. Rüdell/ J.-E. Völz begrüßen zu dürfen. Um Sie optimal beraten zu können,
bitten wir Sie den folgenden Fragebogen auszufüllen.

Persönliche Daten:

Name, Vorname: _____

Adresse: _____

Geburtsdatum: _____

Telefon: _____

Handy: _____

E-Mail: _____

Hausarzt: _____

Körpergröße: _____ Gewicht: _____

Welche Medikamente nehmen Sie ein (Bitte Angabe des Präparates und der Dosis)

| Medikament | Morgens | Mittags | Abends |
|------------|---------|---------|--------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |



| Sind folgende Erkrankungen bei Ihnen bekannt? | Ja | Seit wann | Nein |
|--|----|-----------|------|
| Bluthochdruck Wie hoch sind Ihre gemessene Blutdruckwerte: | | | |
| Verengung der Herzkranzgefäße (KHK) | | | |
| Herzinfarkt | | | |
| Diabetes mellitus | | | |
| Fettstoffwechselstörung/erhöhte Cholesterinwerte | | | |
| Schlaganfall | | | |
| Durchblutungsstörung der Beine (AVK) | | | |
| Lungenerkrankung (Asthma bronchiale, chronische Bronchitis) | | | |
| Thrombose/Lungenembolie | | | |
| Bluterkrankungen/ Gerinnungsstörung | | | |
| Schlafstörung | | | |
| Allergien (Wenn "ja" welche?) | | | |
| Rauchen Wenn „Ja“, wie viele Zigaretten täglich: | | | |
| Herzkatheteruntersuchung Wann/ Ort: | | | |

| Sind in Ihrer <u>Familie</u> (z.B. Eltern, Geschwister) folgende Erkrankungen bekannt: | Ja | Nein |
|--|----|------|
| Bluthochdruck | | |
| Herzinfarkt | | |
| Schlaganfall | | |
| Fettstoffwechselstörung | | |
| Diabetes mellitus | | |
| Thrombose | | |