



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			
<b>Allergien</b> (Wenn "ja" welche?)			
<b>Rauchen</b> Wenn „Ja“, wie viele Zigaretten täglich:			
<b>Herzkatheteruntersuchung</b> Wann/ Ort:			

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