



Bitte füllen Sie diesen Fragebogen aus.
Wir helfen Ihnen gerne dabei.

Datum _____

Allgemeine Angaben zur Person

Name, Vorname _____

Geburtsdatum _____

männlich weiblich

Straße _____

PLZ, Ort _____

Beruf _____

Arbeitgeber _____

Familienstand _____

Kinder _____

Telefon _____

Handy _____

Email-Adresse _____

Hausarzt _____

Krankenversicherung _____

Name des Hauptversicherten _____

Medikamente

Welche Medikamente, in welcher Stärke und Anzahl nehmen Sie zu welcher Tageszeit ein?

Name des Medikaments	morgens	mittags	abends	spät



Name, Vorname _____

Datum _____

Bitte versuchen Sie, möglichst alle Fragen zu beantworten. Wir helfen Ihnen gerne dabei.

Bluthochdruck ja nein

Seit wann? _____ (bitte ausfüllen)

Letzte Werte? _____ (bitte ausfüllen)

Diabetes mellitus ja nein

Seit wann? _____ (bitte ausfüllen)

mit Insulin

mit Augenerkrankung / Laser

mit Nierenerkrankung

mit Nervenerkrankung

mit Gefäßerkrankung

Erhöhte Blutfette ja unklar nein

Höhe Cholesterin? _____ (bitte ausfüllen)

Übergewicht ja nein

Grösse (cm) _____ (bitte ausfüllen)

Gewicht (kg) _____ (bitte ausfüllen)

Herzinfarkt in der Familie ja nein

Wer? _____ (bitte ausfüllen)

Rauchen ja, bis heute früher nie

Über wie viele Jahre? _____ (bitte ausfüllen)

Wie viele Pack./Tag? _____ (bitte ausfüllen)

Alkohol

nein wenig mäßig regelmäßig

Krankenhaus / Operationen ja nein

Wann? Was? (bitte auflisten)

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Sonstige Vorerkrankungen

(bitte ankreuzen und dann weiter erläutern)

Allergie _____

Unverträglichkeit _____

Anfallsleiden _____

Schlaganfall _____

OP Halsgefäße _____

Augen / Ohren _____

Hals / Schilddrüse _____

Lunge _____

Magen / Darm _____

Leber / Galle _____

Niere / Harnblase _____

Körperschlagader _____

Gefäße Arm / Beine _____

OP / Ballon / Stent _____

Schaufensterkrankheit _____

Gehstecke in Meter _____

Geschlechtsorgane _____

Haut _____

Wirbelsäule _____

Hüfte / Knie _____

Rheuma / Gicht _____

Tumoren _____

Infektionen _____

HIV / Hepatitis _____

Sonstiges _____



Name, Vorname _____

Datum _____

Bitte versuchen Sie, möglichst alle Fragen zu beantworten. Wir helfen Ihnen gerne dabei.

Ist eine Vorerkrankungen am Herz bekannt?

- ja, und zwar (bitte ankreuzen) nein
- Koronare Herzerkrankung _____
- Herzinfarkt _____
- Katheter / Stent _____
- Bypass-Operation _____
- Klappenfehler / OP _____
- Herzmuskelerkrankung _____
- Rhythmusstörungen _____
- Vorhofflimmern _____
- Sonstiges _____

Was führt Sie heute in unsere Praxis?

- Kontrolle, Vorsorge, Check Up
- Mir geht es gut, ich bin zufrieden
- Mein Arzt hat etwas festgestellt,
und zwar _____
- Es hat sich etwas Besonderes ereignet,
und zwar _____
- Ich habe keine Beschwerden
- Ich habe Beschwerden

Wie schätzen Sie Ihre Leistungsfähigkeit von Herz und Kreislauf ein?

- gut altersentsprechend gut
- ganz gut gewisser Trainingsmangel
- mäßig schlecht sehr schlecht

Was können Sie körperlich so machen, geben Sie Beispiele (Garten, Spaziergänge)

Ihr Beispiel: _____

Seit wann treten Ihre Beschwerden auf?

- Seit _____ (bitte ausfüllen)
- Tage Wochen Monate Jahre

Wie häufig treten Ihre Beschwerden auf?

- Ca. _____ (bitte ausfüllen) mal pro
- Tag Woche Monat Jahr

Wobei treten Ihre Beschwerden auf?

- in Ruhe bei Aufregung, Stress
- bei leichter Belastung (wenige Schritte)
- bei mittlerer Belastung (normal gehen)
- bei starker Belastung (bergan gehen)
- unregelmäßig Sonstiges

Ihre Erläuterung: _____

Welche Beschwerden haben Sie?

- Brustbeschwerden # Luftnot
- Leistungsschwäche Müdigkeit
- Aussetzer Herzrasen Herzklopfen
- Kollaps Schwindel Sonstiges

Ihre Erläuterung: _____

Wo genau sind Ihre Brustbeschwerden?

- links in der Mitte rechts
- Brust Arm Sonstiges

Ihre Erläuterung: _____

Welcher Art sind Ihre Brustbeschwerden?

- Brennen Druck Engegefühl
- Stiche Ziehen Sonstiges

Ihre Erläuterung: _____

Wie lange dauern Ihre Beschwerden?

- Ca. _____ (bitte ausfüllen) sec min
- Stunden Rückbildung in Ruhe

Sonstiges _____
