



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.

**Wie häufig treten Ihre Beschwerden auf?**

Ca. \_\_\_\_\_ (bitte ausfüllen) mal pro  
 Tag  Woche  Monat  Jahr

**Ist eine Vorerkrankung am Herz bekannt?**

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

**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: \_\_\_\_\_

**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

**Welche Beschwerden haben Sie?**

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

Ihre Erläuterung: \_\_\_\_\_

**Wie schätzen Sie Ihre Leistungsfähigkeit von Herz und Kreislauf ein?**

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

**# 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: \_\_\_\_\_

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

Ihr Beispiel: \_\_\_\_\_

**Wie lange dauern Ihre Beschwerden?**

Ca. \_\_\_\_\_ (bitte ausfüllen)  sec  min  
 Stunden  Rückbildung in Ruhe

**Sonstiges** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_