



KARDIOLOGIE AM GUTENBERG

Teil der überörtlichen Gemeinschaftspraxis
Dr. Katsaros | S. Kuhlmann | Dr. Nalenz | Dr. Rittgen

Sehr geehrte Patientin,
sehr geehrter Patient,

herzlich willkommen in unserer Praxis! Für eine gute ärztliche Betreuung nehmen Sie sich bitte ein paar Minuten Zeit, um die Fragen zu Ihrer Krankengeschichte zu beantworten, die wesentlich sind für die weitere Behandlung. Sollten Sie sich bei einer Frage nicht sicher sein, machen Sie ein Fragezeichen. Bestätigen Sie die Richtigkeit und Vollständigkeit ihrer Angaben bitte mit Ihrer Unterschrift auf der Rückseite.

Name, Vorname

Familienstand

Beruf

Telefon (privat / mobil)

E-Mail

Körpergröße / Gewicht (in cm/kg)

Hausarzt (Name, Ort)

Welche Beschwerden führen Sie in die Praxis?

Welche Erkrankungen sind bei Ihnen bekannt oder aufgetreten?

- | | | | |
|----------------------|------------------------------|------------------------------------|---------------------------|
| Herzinfarkt | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | |
| Zuckerkrankheit | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | |
| Bluthochdruck | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | |
| Cholesterinerhöhung | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | |
| Rauchen Sie? | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | |
| Trinken Sie Alkohol? | <input type="radio"/> häufig | <input type="radio"/> gelegentlich | <input type="radio"/> nie |

Welche Eingriffe sind bei Ihnen in der Vergangenheit vorgenommen worden?

- | | | |
|---------------------------------|--------------------------|----------------------------|
| Stent und/oder Bypass | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Eingriff an Herzklappen | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Herzschrillmacher/Defibrillator | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |

Erkrankungen und/oder Eingriffe naher Verwandter (Eltern/Geschwister)?

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|----------------------------|
| Stent/Bypass/Herzinfarkt | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Plötzlicher Todesfall | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |

Leiden Sie unter Brustschmerzen/Brustenge? ja nein
in Ruhe ja nein
Bei Belastung ja nein

Wenn ja, wann sind diese Beschwerden erstmals aufgetreten?
 in den letzten 14 Tagen in den letzten drei Monaten vor über drei Monaten

Leiden Sie unter Atemnot? ja nein

Gab es in der Vergangenheit plötzliche Bewußtseinsverluste (Ohnmacht) für Sekunden? ja nein

Verspüren Sie Herzrhythmusstörungen (Stolpern/Aussetzer)? ja nein

Treiben Sie Sport? ja nein

Bekannte Allergien/Unverträglichkeiten? _____

Bitte notieren Sie die Medikamente, die regelmäßig von Ihnen eingenommen werden
(incl. Dosierung und Zeitpunkt der Einnahme):

Medikament	Dosierung	Zeitpunkt

Mainz, den _____ Datum
_____ Unterschrift

Alle Daten und Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.