

**Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,**

die nachfolgenden Fragen betreffen Ihre Krankenvorgeschichte, die Ihr Hausarzt selbstverständlich von Ihnen kennt, uns aber noch nicht bekannt ist. Sie dienen der Klärung Ihres Krankheits- oder Beschwerdebildes und erleichtern unser anschließendes Gespräch. **Die mit Sternchen markierten Felder sind Pflichtfelder.**

Name:*	_____	Krankenkasse:	_____
Vorname:*	_____	Beruf:	_____
Adresse:*	_____	Festnetz-Nr.:	_____
	_____	Handy-Nr.:	_____

**Welche Vorerkrankungen hatten Sie?**

■ Herzerkrankungen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja / wann: _____
■ Schilddrüsenerkrankungen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja / wann: _____
■ Schlaganfall	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja / wann: _____
■ Durchblutungsstörungen der Beine	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja / wann: _____
■ Operationen (Welche?)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja / wann: _____

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Bitte alle Medikamente mit Dosierung (mg) angeben:**

■ Name des Medikamentes:	■ Wie oft am Tag?	■ Dosierung in mg:
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

## Todesursache der Eltern:

■ Vater: \_\_\_\_\_

■ Mutter: \_\_\_\_\_

## Haben Sie Brust- oder Herzschmerzen?

- in Ruhe:  nein  ja
- bei Belastung (Spaziergang, Radfahren usw.):  nein  ja
- wie oft am Tag: \_\_\_\_\_
- in der Nacht:  nein  ja

## Haben Sie Luftnot?

- in Ruhe:  nein  ja
- beim Treppensteigen:  nein  ja / nach wievielen Etagen: \_\_\_\_\_

## Haben Sie Wasser in den Beinen?

nein  ja / seit wann: \_\_\_\_\_

## Haben Sie einen unregelmäßigen Pulsschlag?

nein  ja  schnell  langsam

## Hatten sie schon einmal eine Bewusstlosigkeit?

nein  ja

## Haben Sie Schwindel?

nein  ja

## Haben Sie beim Gehen Beinschmerzen?

nein  ja

## Rauchen Sie?

nein  ja / wieviel: \_\_\_\_\_

## Haben Sie früher geraucht?

nein  ja / bis wann / wieviel: \_\_\_\_\_

## Sind bei Ihnen folgende Werte erhöht?

- Blutdruck:  nein  ja / wie hoch: \_\_\_\_\_
- Blutzucker:  nein  ja / seit wann / wie hoch: \_\_\_\_\_
- Blutfett:  nein  ja / wie hoch: \_\_\_\_\_

## Familiäre Erkrankungen:

- |                  |                               |                             |                          |                               |                             |
|------------------|-------------------------------|-----------------------------|--------------------------|-------------------------------|-----------------------------|
| ■ Bluthochdruck: | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | ■ Zuckerkrankheit:       | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| ■ Herzinfarkt:   | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | ■ Plötzlicher Todesfall: | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| ■ Schlaganfall:  | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | ■ Krebserkrankungen:     | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |