



NAME: _____ VORNAME: _____ GEBURTSDATUM: _____

MOBILFUNKNUMMER: _____ E-MAIL- ADRESSE: _____

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Herzlich Willkommen in unserer Praxis!

Bevor wir persönlich mit Ihrer Befragung und Untersuchung beginnen, möchten wir Sie bitten, uns wenige Augenblicke Ihrer Zeit zu widmen: Damit wir Ihnen optimal helfen können, würden wir uns freuen, wenn Sie uns die folgenden Fragen kurz beantworten könnten:

1. Hausarzt: (Name, Anschrift)

2. Der aktuelle Grund Ihres Besuches:

Ich komme zur Kontrolluntersuchung. ja nein

Ich habe aktuelle Beschwerden. ja nein

3. Bei mir ist eine Vorerkrankung des Herzens bekannt. ja nein
Betreffendes unterstreichen:

Herz-/ Kreislauferkrankungen? ja nein

Hoher/ niedriger Blutdruck? ja nein

Herzinfarkt? Herzschwäche? ja nein

Rhythmusstörungen? Schrittmacher? ja nein

Künstliche Klappe, Stents, Bypass? ja nein

4. Meine Beschwerden sind:

Beschwerden im Brustkorb. ja nein

Atemnot ja nein

Wassereinlagerungen (Ödeme) ja nein

Herzrhythmusstörungen ja nein

Bewusstlosigkeit ja nein

5. An Vorerkrankungen und Risikofaktoren sind bekannt:

- Bluthochdruck ja nein
- Fettstoffwechselstörungen (Cholesterinerhöhung) ja nein
- Diabetes Mellitus (Zuckerkrankheit) ja nein
- Ich rauche bzw. ich habe geraucht ja nein
Betreffendes bitte unterstreichen.
- Schlaganfälle, Herzkatheter Untersuchung? ja nein
- Sind andere Erkrankungen bekannt? ja nein
Wenn ja, welche? _____
- Haben Sie Allergien? ja nein
Wenn ja, welche? _____
- In meiner Familie kam es zu Herzinfarkten,
Herzoperationen, Schlaganfälle? ja nein

6. Größe _____ Gewicht _____

7. Ich nehme folgende Medikamente ein:

Name des Medikaments	Morgens	Mittags	Abends	Spätabends	Dosierung

8. Ich habe die neue Datenschutzverordnung (DSGVO) zur Kenntnis genommen.

9. Anmerkungen/ Sonstiges:

KÖLN, DEN _____

UNTERSCHRIFT: _____