

Name:

Geburtsdatum:

Adresse:

Telefon (freiwillige Angabe):

Überweisender Arzt/Hausarzt:

- Ist bei Ihnen eine Herzerkrankung bereits bekannt (z.B. Herzinfarkt)?
.....
.....
- Herzkatheteruntersuchung, ggf. wann/wo?
.....
- Herzoperation, ggf. was/wann/wo?
.....
- Andere Operationen, ggf. welche/wann?
.....
- Hatten Sie Scharlach, Diphtherie oder rheumatisches Gelenkfieber?
.....
- Andere schwerwiegende Erkrankungen, z.B. Lunge/Asthma, Leber oder Nieren?
- Leiden Sie an hohem Blutdruck, ggf. seit wann?.....
- Hatten Sie bereits einen Schlaganfall?
- Rauchen Sie, ggf. wie viel/wie lange?
- Leiden Sie an Zucker (Diabetes mellitus), ggf. seit wann?.....
- Insulintherapie, ggf. seit wann?
- Trinken Sie gelegentlich/regelmäßig Alkohol? Ggf. wie viel?
- Sind Ihre Cholesterinwerte (Blutfette) hoch?, ggf. wie hoch?
- Leiden Sie an Allergien (z.B. Penicillin)?
- Gibt es in Ihrer Verwandtschaft hohen Blutdruck, Schlaganfall, Durchblutungsstörungen des Herzens, Herzinfarkt oder hohes Cholesterin (z.B. Eltern, Großeltern, Geschwister), ggf. wer?
.....
.....

bitte wenden

bitte wenden

bitte wenden

bitte wenden

Aktuelle Beschwerden, ggf. seit wann?

- Bei körperlicher Belastung?
- Druck- oder Engegefühl oder Schmerzen im Brustkorb?
.....
Luftnot/Asthma ?
- Beschwerden auch in Ruhe?
- Herzrhythmusstörungen (unregelmäßiger Herzschlag), wann, wie oft, wie
lange?
.....
.....
- Schwindel, ggf. wann, wie oft?
- Kollaps? Waren Sie bereits einmal bewusstlos, ggf. wann?
- Andere Beschwerden, ggf. welche, seit wann?
.....
.....
.....
- Aktuelle Medikamenteneinnahme: welche, wie viel, wie oft?.....
.....
.....
.....
- Körpergrößecm Körpergewichtkg