



Name: _____ Vorname: _____

Geb.Dat.: _____ Datum: _____

**Internisten
Am Markt 3
30989 Gehrden
Tel.: 0 51 08/27 20**

Kardiologie

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient!
Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen gewissenhaft und möglichst vollständig vor dem vereinbarten Praxistermin. Sie erleichtern uns damit die Klärung Ihrer Beschwerden.

Allergien (bitte geben Sie an, worauf Sie allergisch reagieren!): _____ keine

Aktuelles **Gewicht** _____ kg **Körpergröße** _____ cm

Nehmen Sie an einem **DMP-Programm** der Krankenkassen teil? ja nein

Herz- und Gefäßerkrankungen:

- Herzinfarkt, wann: _____
- Herzkatheter/ Stent, wann und wo: _____
- Herzoperationen, wann/wo: _____
- Schlaganfall, wann: _____
- Herzrhythmusstörungen/ Behandlung: _____
- Durchblutungsstörungen der Beine Thrombosen

Kardiale Risikofaktoren:

- Hoher Blutdruck, seit _____ Letzte Werte: _____ mmHg
- Zuckerkrankheit, seit: _____ Behandlung seit: _____
- erhöhtes Cholesterin seit: _____ Behandlung seit: _____
- Rauchen seit: _____ Zigaretten pro Tag : _____ nicht mehr
- Herzerkrankungen in der Familie (Eltern/ Geschwister): _____

Welche **Medikamente** nehmen Sie regelmäßig ein, hat sich die Medikation geändert?

Präparate-Name	Dosierung (mg)	morgens	mittags	abends	zur Nacht

Sonstige Erkrankungen, nach denen noch nicht gefragt wurde:
