



## Patienten-Fragebogen

**Sehr geehrte Patientin, Sehr geehrter Patient,** mit der Beantwortung der folgenden Fragen erleichtern Sie uns den Überblick. Selbstverständlich sind alle Angaben freiwillig, unterliegen der Schweigepflicht und werden im ärztlichen Gespräch im Einzelnen besprochen.

.....  
Name Größe Gewicht

Wurden bei Ihnen je schwerwiegende **Krankheiten** festgestellt (falls bekannt, bitte mit Datum angeben)?

- Herzinfarkt .....
- Thrombose  links  rechts .....
- Lungenembolie .....
- Schlaganfall.....
- Krebserkrankung .....
- Sonstige:.....
- Keine

Haben Sie **Operationen** hinter sich (falls bekannt, bitte mit Datum angeben)?

- .....
- Keine Operation

Wurde bei Ihnen schon mal eine **Herzkatheteruntersuchung** durchgeführt?  
Wann und wo zuletzt?

..... Mit Stent

- Bisher kein Herzkatheter

Bitte weiterblättern auf Seite 2 →





**Rauchen** Sie ?

- Nein noch nie
- Nicht mehr seit .....
- Ja, ca. .... Zigaretten am Tag



Haben Sie **Diabetes (Blutzucker)**?

- Nein
- Ja, seit .....

**Therapie** mit

- Diät
- Medikamenten
- Insulin



Besteht bei Ihnen ein **Bluthochdruck**?

- Nein
- Ja, seit .....

Wissen Sie etwas über Ihre **Blutfettwerte und Cholesterin**?

- Nein, sie wurden nie gemessen
- Normal
- Grenzwertig
- zu hoch
- Ich nehme ein fett senkendes Medikament

Gibt es schwere Erkrankungen bei **Familienangehörigen**?

.....

Nehmen Sie regelmäßig **Medikamente** ein (falls bekannt, mit Dosierung)?

.....

.....

- Keine Medikamente
- Liste liegt bei

Sind Sie **allergisch** gegen:

- Penicillin
- andere Antibiotika.....
- Kontrastmittel

- Heparin
- Keine Allergie bekannt

- Sonstiges.....

