

Hannover, den

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

Für den reibungslosen Praxisablauf und um eine längere Wartezeit zu vermeiden möchten wir Sie bitten, uns vorab einige Fragen zu beantworten.

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Körpergröße:

Körpergewicht:

---

**Haben Sie aktuell Beschwerden?**

	Ja	Nein
Druck-/Schmerzen im Brustkorb	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Atemnot	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Herzklopfen/Herzrasen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schwindel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bewusstseinsverlust (Synkope)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

---

**Haben Sie eine kardiale Vorgeschichte?**

	Ja	Nein
Herzinfarkt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Herzklappenentzündung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Herzbeutelentzündung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Herzrhythmusstörungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lungenembolie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gefäße (Hals-, Bauch-, Beinschlagadern. etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

---

**Bestehen persönliche Risikofaktoren?**

	Ja	Nein
Rauchen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Zigaretten/Tag:		
Erhöhte Cholesterinwerte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Erhöhter Blutdruck	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Diabetes mellitus („Zuckerkrankheit“)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Herzerkrankungen in der Familie bekannt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

- bitte wenden -

**Nehmen Sie Medikamente ein?**

Ja ☐

Nein ☐

**Bitte, unbedingt den aktuellen Medikamentenplan an der Patientenmeldung vorlegen!**

Nehmen Sie folgende Medikamente zur Antikoagulation (Blutverdünnung) ein?

	Ja	Nein
ASS	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Marcumar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Xarelto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eliquis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lixiana	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sonstiges: _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

---

**Wurde bisher schon einmal eine Untersuchung bzw. ein Eingriff am Herzen vorgenommen:**

	Ja	Nein
Herzkatheter	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Herzbypass-OP/Ballondehnung/Stent	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Herzklappenersatz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Herzschrittmacher-/Defi-Implantation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sonstige Eingriffe (Hals-, Bauch-, Beingefäße etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

---

**Sind bei Ihnen folgende Erkrankungen bekannt? (wenn ja, welche?)**

	Ja	Nein
Lungenerkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Welche?		
Leber-/Blut-/Krebserkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Welche?		
Nierenerkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Welche?		
Magen-/Darmerkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Welche?		
Schilddrüsendysfunktion	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schlaganfall/Hirnblutung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

---

**Sonstige Erkrankungen/Allergien?**

---

**Unterschrift der Patientin/des Patienten** (/ggf. gesetzliche Vertreter)

**Vielen Dank für Ihre Mithilfe,  
Ihre Praxis Dr. Mindel**