

Hannover, den

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient!

Für den reibungslosen Praxisablauf und um eine längere Wartezeit zu vermeide 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 <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>
Bitte, unbedingt den aktuellen Medikamentenplan an der Patientenanmeldung 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-, Beinengefäße 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-/Krebskrankungen	<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**