

**Patienten-Fragebogen (ID):** \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

geboren: \_\_\_\_\_

Telefonnummer/Handy: \_\_\_\_\_

Hausarzt: \_\_\_\_\_

**Aktuelle Beschwerden:**

- keine, es handelt sich um eine Verlaufskontrolle
- folgende Beschwerden bestehen:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Seit wann bestehen diese Beschwerden?:** \_\_\_\_\_

**Aktuelle Belastbarkeit** (z.B. wie viele Etagen können Sie Treppen steigen? Wichtig für Patienten, die unter Luftnot leiden!): \_\_\_\_\_

**Größe:** \_\_\_\_\_ cm, **Gewicht:** \_\_\_\_\_ kg.

**Liste aller Vorerkrankungen (Risikofaktoren / Infektionen etc.):**

- Nikotin;  Hoher Blutdruck;  Hohes Cholesterin/Blutfette;  Diabetes/Zucker;  Gicht;
- Familiäre Belastung;  Schlafapnoe;  Rheumatische Erkrankungen;  Herzschrittmacher/ICD

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Allergien, wenn ja welche:

\_\_\_\_\_

**Liste ALLER Medikamente (Dosis und Einnahmezeitpunkt):**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

(oder bringen Sie Ihren Medikamenten-Plan zum einscannen mit)

**Letzte Krankenaufenthalte / Operationen / Herzkatheteruntersuchungen:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

(Bitte bringen Sie, falls vorhanden, die Krankenhausberichte / kardiologischen Befunde mit)

**Sonstige Anmerkungen:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_