



Liebe Patientin, lieber Patient,

wir freuen uns, Sie in unserer kardiologischen Gemeinschaftspraxis
Dres. med. U. Rüdell/ J.-E. Völz begrüßen zu dürfen. Um Sie optimal beraten zu können,
bitten wir Sie den folgenden Fragebogen auszufüllen.

Persönliche Daten:

Name, Vorname: _____

Adresse: _____

Geburtsdatum: _____

Telefon: _____

Handy: _____

E-Mail: _____

Hausarzt: _____

Körpergröße: _____ Gewicht: _____

Welche Medikamente nehmen Sie ein (Bitte Angabe des Präparates und der Dosis)

Medikament	Morgens	Mittags	Abends



Sind folgende Erkrankungen bei Ihnen bekannt?	Ja	Seit wann	Nein
Bluthochdruck Wie hoch sind Ihre gemessene Blutdruckwerte:			
Verengung der Herzkranzgefäße (KHK)			
Herzinfarkt			
Diabetes mellitus			
Fettstoffwechselstörung/erhöhte Cholesterinwerte			
Schlaganfall			
Durchblutungsstörung der Beine (AVK)			
Lungenerkrankung (Asthma bronchiale, chronische Bronchitis)			
Thrombose/Lungenembolie			
Bluterkrankungen/ Gerinnungsstörung			
Schlafstörung			
Allergien (Wenn „ja“ welche?)			
Rauchen Wenn „Ja“, wie viele Zigaretten täglich:			
Herzkatheteruntersuchung Wann/ Ort:			

Sind in Ihrer <u>Familie</u> (z.B. Eltern, Geschwister) folgende Erkrankungen bekannt:	Ja	Nein
Bluthochdruck		
Herzinfarkt		
Schlaganfall		
Fettstoffwechselstörung		
Diabetes mellitus		
Thrombose		