



Ärztliche Fragen zur Krankheitsvorgeschichte

Name.....Vorname Datum.....

Sehr geehrter Patient

Die Fragen auf diesem Bogen sollen helfen, Ihre Erkrankung genauer zu erkennen. Bitte beantworten Sie die Fragen so genau wie möglich bzw. kreuzen Sie das entsprechende Kästchen an.

Selbstverständlich unterliegen Ihre Antworten der ärztlichen Schweigepflicht. **Wir weisen Sie darauf hin, dass Ihre Daten elektronisch gespeichert werden. Eine Weitergabe an Dritte erfolgt nicht, es sei denn, Sie genehmigen uns die Weitergabe Ihrer Daten.**

Hinweis:

Sie sind von Ihrem Hausarzt zu einer Spezialuntersuchung des Herzens oder der Beingefäße geschickt worden. Diese Spezialuntersuchungen sind zum Teil technisch sehr aufwändig, zum Teil auch sehr zeitaufwändig. Zum Teil werden mehrere Untersuchungen notwendig sein, um eine genaue Erklärung Ihrer Beschwerden zu finden. Über die möglichen Untersuchungen informiert Sie unsere Praxiszeitschrift, die im Warteraum ausliegt. Bitte bedenken Sie, dass auch die Auswertung der Befunde Zeit erfordert. Diese Auswertung nehmen wir sofort vor, um Ihnen, bevor Sie nach Hause gehen, ein genaues Ergebnis und auch evtl. eine Empfehlung zur Therapie mitgeben zu können. Wundern Sie sich daher bitte nicht wenn die Gesamtuntersuchung mit Auswertung bis zu 2 1/2 Stunden dauern kann.

Ihr Dr. V. Wennekes-Neagu und Dr. A.Kahl

Bitte kreuzen Sie an, ob Sie damit einverstanden sind, dass wir an Ihren Hausarzt und ggfls an mitbehandelnde weitere Ärzte einen Bericht schicken
ich bin einverstanden ich will keinen Bericht an den Hausarzt

Hatten Sie selbst schon eine der folgenden Krankheiten?

Diphtherie	<input type="checkbox"/>	Scharlach	<input type="checkbox"/>	Gelenkrheuma	<input type="checkbox"/>
Eitrige Mandelentzündung	<input type="checkbox"/>	Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	Herzinfarkt	<input type="checkbox"/>
Hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/>	Herzoperation	<input type="checkbox"/>	Hohe Blutfette	<input type="checkbox"/>
Zuckerkrankheit	<input type="checkbox"/>	Thrombosen	<input type="checkbox"/>	Lungenembolien	<input type="checkbox"/>
Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/>	Krebs	<input type="checkbox"/>	Tuberkulose	<input type="checkbox"/>
Asthma	<input type="checkbox"/>	Lungenentzündung	<input type="checkbox"/>	Leberkrankheit	<input type="checkbox"/>
Gallenkolik	<input type="checkbox"/>	Magengeschwür	<input type="checkbox"/>	Nierenkrankheit	<input type="checkbox"/>
Darmerkrankung	<input type="checkbox"/>				

	ja	nein
Wurden Sie schon einmal operiert? wenn ja. wann und was?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Haben Sie Brustenge?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
wenn ja, in Ruhe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
bei Belastung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Atemnot?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
wenn ja, in Ruhe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
bei Belastung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wie oft müssen Sie nachts Wasser lassen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie öfter geschwollene Knöchel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Können Sie nachts flach schlafen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie öfter Herzklopfen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist Ihnen öfter schwindlig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Waren Sie schon einmal bewusstlos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie viele Zigaretten pro Tag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wurden Sie schon einmal von einem Herz- Spezialisten oder einer Herzklinik untersucht Oder behandelt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	--------------------------

Bitte schreiben Sie Ihre Medikamente auf:

RR
Chol
BZ
FA