

AUFNAHMEFRAGEBOGEN

Sehr geehrte Patientin / sehr geehrter Patient.

Zur Vereinfachung und Beschleunigung unseres Gespräches mit Ihnen im Rahmen Ihrer erstmaligen Vorstellung in unserer Praxis bitten wir Sie, bereits vorab den anschließenden Fragebogen möglichst vollständig auszufüllen.



Dieses PDF-Dokument wird nicht automatisch an die Praxis übermittelt. Bitte zu Hause ausdrucken und zu Ihrem Besuch mitbringen oder per E-Mail an unsere Praxis schicken.

Patient <input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau	<input type="text"/>	Datum
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Name, Vorname	Geburtsdatum	

Warum stellen Sie sich vor?

Brustschmerzen
 Luftnot
 Herzrhythmusstörungen
 Vorsorge
 Kontrolle bei bekannter Herz-Kreislauf-Erkrankung

Bitte versuchen Sie Ihre Beschwerden stichwortartig näher zu beschreiben:

Welche Erkrankungen sind bei Ihnen bereits bekannt (Art, Zeitpunkt)?

Welche Operationen sind bei Ihnen durchgeführt worden (Art, Zeitpunkt)?

Waren Sie jemals in stationärer Behandlung (Grund? Name des Krankenhauses? Jahr)? NEIN

Sind Allergien oder Medikamentenunverträglichkeiten bekannt? NEIN

Sind speziell folgende Erkrankungen/gesundheitslichen Probleme bei Ihnen bekannt:

Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> JA	Wenn ja/früher, wie viele Zigaretten/Tag? <input type="text"/>
		<input type="checkbox"/> Nicht mehr seit: <input type="text"/> Wie viele Jahre insgesamt? <input type="text"/>
Bluthochdruck:	<input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> JA	Wenn ja, seit wann bekannt? <input type="text"/>
		Wenn ja, kontrollieren Sie den Blutdruck selbst? <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> JA
		Höhe der aktuell selbst gemessenen Blutdruckwerte (Bereich)? <input type="text"/>
		mmHg
Blutzuckerkrankheit?	<input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> JA	Wenn ja, seit wann bekannt? <input type="text"/>

Patient Herr Frau Größe (cm) Gewicht (kg)

Name, Vorname Geburtsdatum



Fettstoffwechselstörung? NEIN JA Unbekannt
(erhöhtes Cholesterin/Triglyzeride)

Sind bei Eltern oder Geschwistern Durchblutungsstörungen, Herzinfarkte oder Schlaganfälle vor dem 65. Lebensjahr aufgetreten? NEIN JA

Welche Medikamente nehmen Sie ein?

Med.-Name (Dosis)	morgens	mittags	abends	zur Nacht	Anmerkungen
<input type="text"/>					
<input type="text"/>					
<input type="text"/>					
<input type="text"/>					
<input type="text"/>					
<input type="text"/>					
<input type="text"/>					
<input type="text"/>					
<input type="text"/>					

Wer ist ihr Hausarzt? Kein Hausarzt

→ ist der überweisende Arzt

Waren oder sind Sie regelmäßig noch bei anderen Ärzten in Behandlung? NEIN

Wenn ja, bei wem (Name/Fachrichtung)?

Sind in letzter Zeit Laborwerte bei Ihnen bestimmt worden? NEIN JA

Wenn ja, bitte veranlassen Sie, dass uns diese Werte zur Verfügung gestellt werden.

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

Wir möchten Sie abschließend bitten uns Ihr Einverständnis zur Anforderung von Arztberichten/Untersuchungsbefunden von anderen Ärzten/Krankenhäusern zu geben.

Ich bin mit der Übersendung meiner medizinischen Unterlagen zur kardiologischen Gemeinschaftspraxis Donath & Schröder einverstanden.

Datum Unterschrift