

# Herz- und Gefäßzentrum Rhein-Nahe-Pfalz

## Patientenfragebogen

**Berufliche Tätigkeit:**

**Telefonnummer:**

**Körpergröße:** cm

**Körpergewicht:** kg

**Hausarzt:**

**Aktuelle Beschwerden:**

---

---

**Druck/Engegefühl auf Brust:**      Nein    Ja falls ja, seit wann:  
in Ruhe:                                      Nein      Ja  
unter Belastung:                              Nein      Ja

**Atemnot :**                              Nein    Ja falls ja, seit wann:  
in Ruhe/Nacht:                              Nein      Ja  
unter Belastung:                              Nein      Ja

**Schwindel:**                              Nein    Ja falls ja, seit wann:

**Herzrasen/Herzstolpern:**      Nein    Ja falls ja, seit wann:

**weitere Beschwerden:**

---

---

**Hatten sie bereits eine Herzkatheteruntersuchung:**      Nein      Ja falls ja, wo:

**Erhöhte Blutungsneigung/Nasenbluten/schwarzer Stuhl:**      Nein      Ja

**Sind bei Eltern und Geschwistern Herzinfarkte vorgekommen:**      Nein      Ja

**Rauchen:**      nein      gelegentlich      regelmäßig      Ex-Raucher

**Alkohol:**      nein      gelegentlich      regelmäßig

**Allergien-/Medikamentenunverträglichkeiten:**      Nein      Ja falls ja, welche:

---

**Haben oder hatten Sie eine der nachstehend aufgeführten Erkrankungen?**

|                                       |      |                    |
|---------------------------------------|------|--------------------|
| Bluthochdruck:                        | Nein | Ja falls ja, wann: |
| Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus):  | Nein | Ja falls ja, wann: |
| Fettstoffwechselstörung (Cholesterin) | Nein | Ja falls ja, wann: |
| Schilddrüsenerkrankung                | Nein | Ja falls ja, wann: |
| Asthma / Lungenerkrankungen           | Nein | Ja falls ja, wann: |
| Lebererkrankung (Hepatitis)           | Nein | Ja falls ja, wann: |
| Nierenerkrankung                      | Nein | Ja falls ja, wann: |
| Magen-Darmerkrankung                  | Nein | Ja falls ja, wann: |
| Schlaganfall:                         | Nein | Ja falls ja, wann: |
| Lungenembolie:                        | Nein | Ja falls ja, wann: |
| Thrombose:                            | Nein | Ja falls ja, wann: |
| Herzrhythmusstörungen:                | Nein | Ja falls ja, wann: |

**Andere Erkrankungen / Operationen (mit Datum):**

---



---



---



---

**Aktuelle Medikation:**

| Medikament | Morgens | Mittags | Abends |
|------------|---------|---------|--------|
|            |         |         |        |
|            |         |         |        |
|            |         |         |        |
|            |         |         |        |
|            |         |         |        |
|            |         |         |        |
|            |         |         |        |

**Ich bin mit einer Anforderung von externen Befunden und einer telefonischen Kontaktaufnahme zwecks Erinnerung an Kontrollterminen einverstanden (Recall):**

Nein      Ja

Unterschrift:

D