

Adresse: Kardiologische Praxis Prof. Dr. Warnholtz / Lohrenz
Hans-Karl-Platz Am Markt 9
64347 Griesheim
Tel.: 06155 – 84883-0

[illegible]

Patientenfragebogen zur Krankheitsgeschichte

Datum: _____

Name, Vorname: _____

Telefon: _____ Hausarzt: _____

Aktuelle Größe: _____ cm Gewicht: _____ kg



Prof. Dr. med.
Ascan Warnholtz

Alexander Lohrenz

Fachärzte für Innere Medizin
Kardiologie

Beschwerden

Haben Sie bei Anstrengung Schmerzen/ Druck in der Brust?	ja ☐	nein ☐
Haben Sie Luftnot bei Anstrengung?	ja ☐	nein ☐
Merken Sie Herzrhythmusstörungen (Herzrasen, „Aussetzer“, „Herzstolpern“) ?	ja ☐	nein ☐
Haben Sie schon einmal das Bewusstsein verloren ?	ja ☐	nein ☐
Haben Sie Wasser in den Beinen/ geschwollene Beine?	ja ☐	nein ☐

Vorerkrankungen, Operationen

Hatten Sie schon einen Herzinfarkt?	ja ☐	nein ☐	Wenn ja, wann?
Hatten Sie schon einen Schlaganfall?	ja ☐	nein ☐	Wenn ja, wann?
Wurde schon ein Herzkatheter durchgeführt?	ja ☐	nein ☐	Wenn ja, wann?
Wurde schon ein Stent am Herzen eingesetzt?	ja ☐	nein ☐	Wenn ja, wann?
Wurde schon eine Herzoperation durchgeführt?	ja ☐	nein ☐	Wenn ja, wann?
Wurde schon ein Herzschrittmacher eingesetzt?	ja ☐	nein ☐	Wenn ja, wann?

Risikofaktoren für Herz-Kreislauferkrankungen

Rauchen Sie ?	ja ☐	noch nie ☐	früher ☐	Wenn ja, wieviel ?	Wenn früher, wann aufgehört?
Haben Sie Bluthochdruck?	ja ☐	nein ☐	Wenn ja, seit wann bekannt ?		
Messen Sie den Blutdruck selbst?	ja ☐	nein ☐	Wenn ja, wie ist der obere Wert meistens?	Unterer Wert?	
Ist Ihr Cholesterin erhöht ?	ja ☐	nein ☐	Letzte Werte für LDL:	mg/dl,	HDL: mg/dl.
Haben Sie eine Zuckererkrankung (Diabetes)?	ja ☐	nein ☐	Wenn ja, seit wann bekannt ?		
Ist bei Ihren Eltern oder Geschwistern ein Herzinfarkt aufgetreten?	ja ☐	nein ☐	Wenn ja, bei wem und in welchem Alter ?		

Wenn Sie regelmäßig **Medikamente einnehmen**, geben Sie bitte einen aktuellen Medikamentenplan ab, oder tragen Sie die Medikamente in die Checkliste auf der ersten Seite ein.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit !