

**Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient, wir bitten Sie, diesen Fragebogen zu Ihrer Krankheitsvorgeschichte sowie den umseitigen Medikamentenplan vor Beginn Ihrer Behandlung bei uns vollständig und lesbar auszufüllen:**

Name:  Telefon:  Beruf:   
 Vorname:  Mobil:  Arbeitgeber:   
 geb. am:  E-Mail:  Hausarzt:   
 Straße:  Krankenkasse:   
 PLZ:  Ort:

**TEIL 1: FRAGEN ZU IHRER GESUNDHEIT**

	JA	NEIN
Haben Sie Herz- oder Brustschmerzen? .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Werden Sie kurzatmig bei Anstrengungen? .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haben Sie sichtbare Krampfadern an den Beinen? .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haben Sie zeitweise Wasser in den Beinen? .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Müssen Sie zeitweise nachts aufstehen zum Wasserlassen? .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Müssen Sie beim Gehen wegen Wadenschmerzen stehenbleiben? .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Treiben Sie regelmäßig Sport? .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Verspüren Sie zeitweilig unregelmäßigen Herz- oder Pulsschlag? .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sind Sie schon einmal bewusstlos geworden? .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haben Sie Schwindelanfälle? .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haben Sie hohen Blutdruck? .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sind Sie (Zigaretten-) Raucher? .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Frage nur an ehemalige Raucher: Wann haben Sie aufgehört zu Rauchen? .....	<input type="text"/>	
Wie viele Etagen können Sie Treppen steigen ohne stehenzubleiben? .....	<input type="text"/> Etagen	
Was war bisher Ihr höchster gemessener Blutdruckwert? .....	<input type="text"/>	

**Wurde bei Ihnen festgestellt:**

	JA	NEIN
Erhöhung der Blutfette (z.B. Cholesterin)? .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Erhöhung des Blutzuckers? .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Erhöhung der Harnsäure? .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Traten in Ihrer Familie (bei Blutsverwandten) folgende Krankheiten auf:**

	JA	NEIN
Hoher Blutdruck? .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gehirnschlag mit Lähmungen? .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Herzinfarkt oder Angina pectoris? .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Zuckerkrankheit? .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Plötzlicher Todesfall ohne bekannte Ursache? .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Datum:  Ihre Unterschrift:   **Bitte beachten Sie auch die Rückseite!**

## TEIL 2: MEDIKAMENTENPLAN

Zählen Sie bitte in zeitlicher Reihenfolge alle Herzerkrankungen und weitere Erkrankungen auf, die Sie im Laufe des Lebens hatten und schreiben Sie das Jahr der Erkrankung dazu:  
(Beispiel: „1998 Herzbybypass-Operation“)

### Herzkrankheiten:

### Sonstige Erkrankungen, Operationen und Unfälle:



### Medikamentenplan liegt bei? ( JA )

...ansonsten geben Sie bitte alle Medikamente an, die Sie zur Zeit einnehmen  
(auch Abführmittel, Schmerzmittel, Beruhigungsmittel, Insulin und Medikamente für andere Krankheiten):

Beispiel-Medikament: <input type="text" value="Plazebon 50mg"/>	morgens: <input type="text" value="1"/>	mittags: <input type="text" value="0"/>	abends: <input type="text" value="1"/>	zur Nacht: <input type="text" value="0"/>
---	---	---	--	---

Medikament: <input type="text"/>	morgens: <input type="text"/>	mittags: <input type="text"/>	abends: <input type="text"/>	zur Nacht: <input type="text"/>
----------------------------------	-------------------------------	-------------------------------	------------------------------	---------------------------------

Medikament: <input type="text"/>	morgens: <input type="text"/>	mittags: <input type="text"/>	abends: <input type="text"/>	zur Nacht: <input type="text"/>
----------------------------------	-------------------------------	-------------------------------	------------------------------	---------------------------------

Medikament: <input type="text"/>	morgens: <input type="text"/>	mittags: <input type="text"/>	abends: <input type="text"/>	zur Nacht: <input type="text"/>
----------------------------------	-------------------------------	-------------------------------	------------------------------	---------------------------------

Medikament: <input type="text"/>	morgens: <input type="text"/>	mittags: <input type="text"/>	abends: <input type="text"/>	zur Nacht: <input type="text"/>
----------------------------------	-------------------------------	-------------------------------	------------------------------	---------------------------------

Medikament: <input type="text"/>	morgens: <input type="text"/>	mittags: <input type="text"/>	abends: <input type="text"/>	zur Nacht: <input type="text"/>
----------------------------------	-------------------------------	-------------------------------	------------------------------	---------------------------------

Medikament: <input type="text"/>	morgens: <input type="text"/>	mittags: <input type="text"/>	abends: <input type="text"/>	zur Nacht: <input type="text"/>
----------------------------------	-------------------------------	-------------------------------	------------------------------	---------------------------------

Medikament: <input type="text"/>	morgens: <input type="text"/>	mittags: <input type="text"/>	abends: <input type="text"/>	zur Nacht: <input type="text"/>
----------------------------------	-------------------------------	-------------------------------	------------------------------	---------------------------------

Medikament: <input type="text"/>	morgens: <input type="text"/>	mittags: <input type="text"/>	abends: <input type="text"/>	zur Nacht: <input type="text"/>
----------------------------------	-------------------------------	-------------------------------	------------------------------	---------------------------------

Ihr zuletzt ausgeübter Beruf?

Wann wurden Sie das letzte Mal geröntgt?

...in welcher Praxis/Klinik?

Wann wurde bei Ihnen zuletzt Herz oder Lunge geröntgt?

...in welcher Praxis/Klinik?

Wir sagen  
„herzlichen Dank“  
für Ihre Mühe!

Haben Sie Ihre Medikamente lt. obigem Plan heute genommen?  JA  NEIN

Haben Sie eine Zusatzversicherung für stationäre Behandlung?  JA  NEIN

Bitte auch Vorderseite beachten!