

Kardiologische Praxis - Dr. med. Sybille Kulla

Ostpassage 7 - 30853 Langenhagen Telefon 0511- 7241130

Liebe Patienten!

Viele Dinge die Ihr Hausarzt selbstverständlich von ihnen weiß, sind uns noch nicht bekannt. Sie können uns bei Ihrer Betreuung unterstützen, indem Sie den **Fragebogen** ausfüllen.

Für eine ausführliche **Untersuchung** des Herz-Kreislauf-Systems benötigen wir 2-3 Termine.

Wenn Sie einen Hausarzt haben, gibt uns der **Überweisungsschein** wichtige Informationen. Bitte legen Sie diesen zusammen mit der Chipkarte vor.

Wenn Sie Ihre **Chipkarte** vergessen haben, legen Sie diese bei Ihrem nächsten Besuch vor. Inzwischen erfolgt die Behandlung gegen Unterschrift, dass Sie Mitglied der Krankenkasse sind.

Sie können uns **Befundberichte** oder **neuere Röntgenaufnahmen** zur Einsicht überlassen. Sie erhalten diese anschließend zurück.

Name:

Vorname:

Geburtstag:

Tel:

Handy:

Arbeitgeber:

Welche **Medikamente** nehmen Sie ein?

Bitte beachten Sie auch eventuelle Zahlen hinter dem Medikamentennamen.

Name	morgens	Mittags	nachmittags	abends
z. B. Adalat ret. 20	1	1		1

Haben Sie Schmerzen oder Engegefühl im Brustkorb?

wenn ich mich körperlich belaste

ja

nein

wenn ich mich entspannen möchte, z.B. beim Fernsehen

ja

nein

Die Beschwerden treten unvermittelt attackenweise auf

ja

nein

Die Schmerzen verstärken sich beim tiefen Einatmen

ja

nein

Leiden Sie unter Luftnot oder Kurzatmigkeit?

Unter Belastung werde ich kurzatmig

ja

nein

Ich habe das Gefühl nicht richtig durchatmen zu können.

ja

nein

Die Luftnot tritt anfallsartig auf.

ja

nein

Ich bin in letzter Zeit dauernd kurzatmig.

ja

nein

Leiden Sie unter folgenden Beschwerden?

anfallsweise auftretendes Herzrasen	ja	nein
manchmal Herzstolpern oder Aussetzer im Herzschlag	ja	nein
häufiger Schwindel	ja	nein
plötzlicher Bewußtseinsverlust	ja	nein

Weitere Angaben zu Gefäßen und Kreislauf

Ich habe manchmal plötzlich auftretende Sehstörungen.	ja	nein
Ich hatte schon mal kurz anhaltende Sprachstörungen.	ja	nein
Ich hatte schon mal kurzzeitige Lähmungen einer Körperhälfte.	ja	nein
Meine Beine sind häufig geschwollen.	ja	nein
Beim Gehen habe ich Schmerzen im Bein oder in der Wade.	ja	nein

Scharlach ja nein Diphtherie ja nein häufige Mandelentzündungen ja nein

Angaben zu Vorerkrankungen von Herz und Kreislauf

Sonstiges, z. B. Operationen

Erkrankung	In welchem Jahr

Angaben zu Risikofaktoren

Ich bin Raucher.	ja	nein
Ich leide unter Bluthochdruck.	ja	nein
Ich habe hohe Blutfette.	ja	nein
Ich habe erhöhte Harnsäurewerte.	ja	nein
Ich bin zuckerkrank	ja	nein

Wann wurden bei Ihnen zuletzt das **Herz** und die **Lunge** geröntgt?

Andere Beschwerden?