

**Patientenfragebogen zur  
Krankheitsgeschichte, Seite 1**

alle Angaben freiwillig

Name, Vorname

Datum

**1. Wichtige Vorerkrankungen/ Operationen am Herzen** (nur ausfüllen, wenn Sie keine Arztbriefe davon mitgebracht haben)


**2. Sonstige Vorerkrankungen bzw. Operationen** (nur ausfüllen, wenn Sie keine Arztbriefe davon mitgebracht haben)

Lunge/ Bronchien:

Magen/ Darm:

Leber/ Nieren:

Prostata/ Blase:

Krebserkrankungen:

Bewegungsapparat:

Psyche:

Sinnesorgane:

Sonstiges:

**3. Beschwerden**

Haben Sie bei Anstrengung oder Kälte Schmerzen oder Druck in der Brust?  ja  nein

**Wenn ja**, in welcher Situation genau?

Haben Sie Atemnot bei Anstrengungen?  ja  nein

**Wenn ja**, nach welcher Belastung tritt die Atemnot auf?

Haben Sie Schwellungen/ Wasser in den Beinen?  ja  nein

Müssen Sie beim Gehen wegen Wadenschmerzen stehen bleiben?  ja  nein

**Wenn ja**, nach wie vielen Metern?

Wahren Sie in den letzten zwei Jahren bewusstlos oder ohnmächtig?  ja  nein

Leiden Sie an Schwindel?  ja  nein

**Patientenfragebogen zur  
Krankheitsgeschichte, Seite 2**

**4. Kardiovaskuläre Risikofaktoren**

alle Angaben freiwillig

Besteht bei Ihnen Bluthochdruck?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<b>Wenn ja, seit wann?</b>		
Ist bei Ihnen eine Zuckerkrankheit (Diabetes) bekannt?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<b>Wenn ja, seit wann?</b>	Nehmen Sie Insulin?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Sind Sie RaucherIn/ Ex-RaucherIn?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<b>Wenn ja, wie viel rauchen Sie/ haben Sie geraucht?</b>		
Sind Ihre Blutfettwerte (Cholesterin) erhöht?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Schnarchen Sie?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Fühlen Sie sich tagsüber häufig müde?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Fühlen Sie sich gestresst?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Leiden Sie an einer Depression oder Antriebslosigkeit?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Nehmen Sie Antidepressiva oder Johanniskraut ein?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Ist bei Ihnen eine rheumatische Erkrankung bekannt?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Sind bei Ihren Eltern folgende Erkrankungen bekannt?	Herzinfarkte	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Bypass-Operationen oder Stent?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Schlaganfall	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Diabetes	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Gibt es in der Familie plötzliche, ungeklärte Todesfälle?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

**5. Schutzfaktoren**

Treiben Sie Sport oder belasten Sie sich regelmäßig (z.B. Spazierengehen)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wie häufig pro Woche?		
Welche Sportart?		
Wie häufig essen Sie Obst oder Gemüse pro Tag?		
An wie vielen Tagen pro Woche sind Sie mehr als eine Stunde an der frischen Luft?		

**6. Sonstiges**

Was machen Sie beruflich?
---------------------------