

DOKUMENTATIONSBOGEN

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
wir freuen uns, Sie in unserer Praxis begrüßen zu dürfen. Um Sie optimal beraten und in dringlichen Fällen kontaktieren zu können, bitten wir Sie zunächst, den folgenden Fragebogen auszufüllen:

Name, Vorname		
Straße, Nr.		
PLZ, Stadt		
Festnetz	Handy	
E-Mail		
Geburtsdatum	Körpergröße	Gewicht

Wie sind Sie **krankenversichert**?

- gesetzlich stationär Zusatzversichert privat

Wer ist Ihr **Hausarzt** (Name, Stadt)?

Welcher Arzt soll einen Befundbericht erhalten?

Sind Sie schon einmal kardiologisch bzw. herzchirurgisch betreut worden?

- nein ja wenn ja, von wem und wann?

Hatten Sie schon einmal eine Herzkatheteruntersuchung?

- nein ja wenn ja, von wem und wann?

Sind bei Ihnen folgende **Vorsorgeuntersuchungen** durchgeführt worden?

- | | | | | |
|----------------------|----------------------------|--------------------------|------------------------|----------------------|
| Ultraschall Bauch | <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> ja | wenn ja, wann zuletzt? | <input type="text"/> |
| Gynäkologie/Urologie | <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> ja | wenn ja, wann zuletzt? | <input type="text"/> |
| Dickdarmspiegelung | <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> ja | wenn ja, wann zuletzt? | <input type="text"/> |

Ab dem 40. Lebensjahr sollten diese Untersuchungen mit dem Hausarzt diskutiert werden!

Leiden Sie unter einer der folgenden Erkrankungen?

Herzerkrankungen		
<input type="radio"/> Herzschwäche (Insuffizienz)	<input type="radio"/> Herzinfarkt / Schlaganfall	<input type="radio"/> Herzschrittmacher
<input type="radio"/> Unregelmäßiger Herzschlag	<input type="radio"/> Herzklappenfehler	
Kreislaufkrankungen		
<input type="radio"/> Hoher Blutdruck (Hypertonie)	<input type="radio"/> Durchblutungsstörungen	
<input type="radio"/> Niedriger Blutdruck (Hypotonie)	<input type="radio"/> Schwindel	
Stoffwechselerkrankungen		
<input type="radio"/> Zuckerkrankheit (Diabetes)	<input type="radio"/> Hoher Cholesterinspiegel	<input type="radio"/> Schilddrüsenerkrankungen
Atemwegs- / Lungenerkrankungen		
<input type="radio"/> Asthma	<input type="radio"/> Chronische Bronchitis	<input type="radio"/> COPD
Infektionserkrankungen		
<input type="radio"/> Hepatitis	<input type="radio"/> HIV	<input type="radio"/> Tuberkulose
Allergien / Unverträglichkeiten		
<input type="radio"/> Medikamente	<input type="radio"/> Laktose	<input type="radio"/> weitere:
<input type="radio"/> Kontrastmittel		
Konsumgewohnheiten		
<input type="radio"/> Rauchen	<input type="radio"/> Täglich Alkohol	
In meiner näheren Verwandtschaft sind folgende Erkrankungen bekannt:		
<input type="radio"/> Herzinfarkt / Herzkrankheit	<input type="radio"/> Zuckerkrankheit	<input type="radio"/> Schlaganfall

Für Ihre optimale Behandlung ist es wichtig, dass wir wissen, welche Medikamente Sie in welcher Dosierung einnehmen.

Medikament / Dosierung	Morgens	Mittags	Abends	Zur Nacht

Wie sind Sie auf uns **aufmerksam** geworden?

- | | | |
|--------------------------------|---|--|
| <input type="radio"/> Hausarzt | <input type="radio"/> Empfehlung durch Bekannte/Freunde | <input type="radio"/> Google |
| <input type="radio"/> Jameda | <input type="radio"/> Facebook/Instagram | <input type="radio"/> Telefonbuch/Gelbe Seiten |

Welches sind Ihre **Haupterwartungen** an den Besuch in unserer Praxis?