

## 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        | Beruf       |         |
| 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       nein       ja      wenn ja, wann zuletzt?

Gynäkologie/Urologie       nein       ja      wenn ja, wann zuletzt?

Dickdarmspiegelung       nein       ja      wenn ja, wann zuletzt?

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

Leiden Sie unter einer der folgenden Erkrankungen?

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