

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, bei folgender Versicherung:

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?

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

☐ Hausarzt	☐ Empfehlung durch Bekannte/Freunde	☐ Telefonbuch / Gelbe Seiten	
☐ Google	☐ Facebook / Instagram	☐ Jameda	☐ Doctolib

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