



## Fragebogen zur Krankengeschichte

Pat-ID:

wird durch Praxis eingesetzt

Name, Vorname:

Beruf:

Welche Beschwerden / Symptome haben Sie aktuell?

Hatten Sie jemals (bitte ankreuzen):

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Brustschmerzen | <input type="checkbox"/> Schwindel                  |
| <input type="checkbox"/> Atemnot        | <input type="checkbox"/> Herzrhythmusstörungen      |
| <input type="checkbox"/> Herzrasen      | <input type="checkbox"/> plötzliche Bewußtlosigkeit |

Sind bei Ihnen bekannt oder wurden durchgeführt:

Koronare Herzerkrankung: ja / nein

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Herzinfarkt (auch früher) | <input type="checkbox"/> Stentimplantation |
| <input type="checkbox"/> Herzkatheter              | <input type="checkbox"/> Ballondilatation  |
|  | <input type="checkbox"/> Bypass-OP         |

Wann?

Wo?

Herzklappenerkrankung: ja / nein

Welche Klappe(n)?

Interventionen / OP an einer Herzklappe:

Wann?

Wo?

Leiden Sie an folgenden Erkrankungen?

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck           | <input type="checkbox"/> Gefäßerkrankung an den Beinen |
| <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus       | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung        |
| <input type="checkbox"/> Fettstoffwechselstörung | <input type="checkbox"/> sonstige Gefäßerkrankung      |

Welche anderen Erkrankungen/Operationen/Eingriffe jeglicher Art sind bei Ihnen bekannt bzw. wurden durchgeführt?

- |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Wie groß sind Sie?.....cm

Wie schwer sind Sie?.....kg

- Raucher       Nichtraucher

Allergien / Unverträglichkeiten    ja / nein      wenn ja, worauf?

**Bitte bringen Sie zu jeder Untersuchung ihre gültige Chipkarte, Überweisung, Vorbefunde, aktuellen Medikamentenplan und ein großes Handtuch mit!**

Welche Medikamente nehmen Sie aktuell ein?

**Bitte achten sie unbedingt auf Vollständigkeit!**

	Präparat / Stärke	Dosierung (bitte in Zahlen angeben)			
		morgens	mittags	abends	nachts
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					

**Ihre Daten:**

Telefon:

Email:

Name des Hausarztes:

**Datenschutz – Einverständniserklärung**

Hiermit erkläre ich mich ausdrücklich damit einverstanden, dass in der

**Kardiologischen Fachpraxis Stephan Hobrack  
Friedensstrasse 14  
39326 Wolmirstedt**

Namentlich aus dem Wartebereich heraus ausgerufen werde. Dies geschieht entweder persönlich oder über das PIS automatisiert.

Weiterhin erkläre ich mich damit einverstanden, dass die Befundkommunikation zwischen der Praxis und den zuweisenden Praxen oder anderen Institutionen (z.B. Behörden, Krankenhäusern, Krankenkassen etc.) grundsätzlich per Faxübermittlung erfolgt.

**Dass ich diese Einverständniserklärung jederzeit ganz oder teilweise schriftlich widerrufen kann, ist mir bekannt.**

---

Ort, Datum, Unterschrift