K a r d i o l o g i s c h e P r a x i s

Fragebogen zu Ihrer Krankheitsgeschichte und Erklärung zum Datenschutz

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
beantworten Sie bitte die folgenden Fragen zu Ihrer Krankheitsgeschichte. Diese Informationen sind für weitere diagnostische und/oder therapeutische Empfehlungen sehr wichtig.

Bitte korrigieren/ergänzen Sie veraltete Daten !!

Name (Pat. ID):	**Geb.-Datum:**
Körpergrösse: cm	**eMail:**
Festnetznummer:	**Mobilnummer:**

Mit Angabe Ihrer eMail-Adresse erklären Sie sich mit einer Kontaktaufnahme/Befundübermittlung der Praxis per Mail einverstanden.

Welcher Hausarzt betreut Sie?

Name/Adresse des Hausarztes:

Welche Medikamente nehmen Sie zurzeit ein? (Bringen Sie am besten einen Medikationsplan mit)

☐ **keine**

Medikament mit Dosis	morgens	mittags	abends	zur Nacht

Gibt es Medikamente die Sie nicht vertragen, oder Allergien? Wenn ja, welche? (z.B. Antibiotika, Lokalanästhetika, Kontrastmittel)

Gibt es kardiologische Vorbefunde? z.B. kardiologische Untersuchungen, Herzoperationen, Herzkatheteruntersuchungen, Krankenhausaufenthalte. Falls diese Befunde bei uns noch nicht bekannt sind, bringen Sie die Befunde bitte zum Termin mit, ggf. erfragen Sie sie vorab bei Ihrem Hausarzt oder dem Untersucher.

Bitte auch die nächste Seite ausfüllen ►

Wichtige Befunde, von denen ich keine Berichte habe:

Kardiologe/Krankenhaus	**Untersuchungsdatum**

Risikofaktoranamnese:

- **Besteht bei Ihnen ein behandlungsbedürftiger Bluthochdruck** ☐ Ja / ☐ Nein
  Falls Ja: Sind Ihre Blutdruckwerte ☐ unter 140/90 mmHg / ☐ über 140/90 mmHg /
  ☐ ich kenne meine Blutdruckwerte nicht

- **Besteht bei Ihnen ein erhöhtes Cholesterin, und falls „Ja", wie hoch war Ihr letztes LDL?**
  ☐ Nein / ☐ Ja, meine letzten LDL-Werte waren _____ mg/dl /
  ☐ ich kenne meine LDL-Werte nicht

- **Besteht bei Ihnen ein Diabetes mellitus, und falls „Ja", nehmen Sie Medikamente und wie hoch war Ihr letzter Hba1c?**
  ☐ Nein / Ja! ☐ Tabletten ; ☐ Insulin ; mein letzter Hba1c-Wert war _____ % /
  ☐ ich kenne meinen letzten Hba1c-Wert nicht

- **Rauchen Sie, oder haben sie mal geraucht ?**
  ☐ Nein / ☐ Ja! Päckchen Zigaretten pro Tag _____ /
  ☐ Nicht mehr seit _____ Jahren

- **Bestehen bei Verwandten 1. Grades (Eltern, Kinder, Geschwister) ein der folgenden Diagnosen:**
  Herzinfarkt, Schlaganfall, Notwendigkeit zum Herzgefäßeingriff (Stent/Bypass)?

  Wenn Ja; bei wem ?: _____

Bei gesetzlich Versicherten: besteht eine private stationäre Zusatzversicherung? Bitte entsprechendes ankreuzen:

ja ☐ nein ☐

Falls ja, Name der Versicherung: _____

Erklärung zum Datenschutz: Mit der Anforderung von Untersuchungsberichten durch die Kardiologische Praxis erkläre ich mich einverstanden.

Frankfurt am Main, _____ _____
(Ort, Datum) (Unterschrift)

Sollten Sie Fragen, Anregungen oder Kritik haben, sprechen Sie bitten Ihren Arzt an. Ansonsten gerne per Fax oder E-Mail.

KARDIOLOGISCHE Praxis • Eschenheimer Anlage 7 • 60316 Frankfurt am Main
Tel. (069) 904378 0 • Fax: (069) 904378 10 • info@kardiopraxis.de • www.kardiopraxis.de
KIM: kardiopraxis.401908600@i-motion.kim.telematik