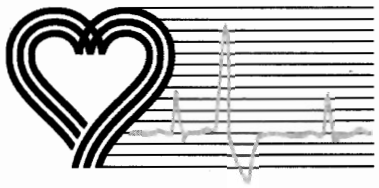
Kardiologische Gemeinschaftspraxis
Dr. med Jürgen Hüting / Christiane Naumann-Hüting



**Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient!**
Für die richtige Einordnung Ihrer Beschwerden ist das individuelle Risikoprofil oft ganz entscheidend. Wir möchten Sie deshalb bitten, uns hierzu einige Fragen zu beantworten.

Name: _____ Gewicht: ____kg Größe: ____cm

Blutdruck ___/___mmHg ohne Medikamente ___/___mmHg mit Medikamenten

Wie hoch sind Ihre **Blutfette?** Cholesterin:_____mg/dl Triglyceride:_____mg/dl

Haben Sie **Diabetes?**
❑ Nein ❑ Ja, seit _____ : behandelt mit ❑ Diät ❑ Tabletten ❑ Insulin seit _____

**Rauchen** Sie derzeit? ❑ nein ❑ ja
Haben Sie früher geraucht? ❑ nein ❑ ja Zigaretten /Tag -Zig. /Tag bis _____

Treten in Ihrer **Familie gehäuft** Herz /Kreislauf-Krankheiten auf?
❑ nein ❑ ja ❑ Herzinfarkt ❑ Schlaganfall ❑ plötzl. Tod? bei wem? _____

Haben Sie selbst bereits einen **Herzinfarkt** durchgemacht?
❑ nein ❑ ja, im Jahre_____ ❑Vorder-/ ❑ Hinterwandinfarkt?

Wurde eine **Herzoperation oder Gefäßerweiterung (Dilatation)** durchgeführt ?
❑ nein ❑ ja, im Jahre_____ im Krankenhaus in _____

Wurde bereits eine **Herzkatheter**-Untersuchung durchgeführt? ❑ ja ❑ nein wo?_____

Ist Ihre körperliche Belastbarkeit durch **Luftnot oder Herzschmerzen** eingeschränkt ?
❑ nein ❑ ja, und zwar durch: ❑ Luftnot ❑ Herzschmerzen bei:_____

Leiden Sie unter **Herzrhythmusstörungen** (Herzstolpern, -Rasen oder Aussetzer)
❑ nein ❑ ja, ❑ Herzstolpern ❑ Herzrasen bei:_____

Sind Sie einmal ohne ersichtlichen Grund **schwindlig oder bewußtlos** geworden?
❑ nein ❑ ja, und zwar: ❑ schwindlig ❑ bewußtlos bei:_____

Sind bei Ihnen **chronische Krankheiten** (z.B. der Nieren, Lungen, Leber) bekannt?
❑ nein ❑ ja, betroffen ist ❑ Niere ❑ Lunge ❑ Leber ❑ Gefäße sonstiges:_____

Haben Sie abends **geschwollene Beine?** ❑ nein ❑ ja
Müssen Sie **nachts** häufig **Wasser lassen?** ❑ nein ❑ ja, ___ mal pro Nacht

| **Welche Medikamente nehmen Sie z.Zt.** | Anzahl der Tabletten | | | |
|---|---|---|---|---|
| Medikamenten-Name | morgens | mittags | abends | zur Nacht |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |