



**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 Triglyzeride: \_\_\_\_\_ mg/dl

**Haben Sie Diabetes?**

nein  ja, seit \_\_\_\_\_ : behandelt mit  Diät  Tabletten  Insulin seit \_\_\_\_\_  
 letzter HbA1c: \_\_\_\_\_

**Rauchen** Sie derzeit?  nein  ja

Haben Sie früher geraucht?  nein  ja \_\_\_ Zigaretten - Zigarren/Tag bis \_\_\_\_\_

Treten in Ihrer **Familie gehäuft** Herz-/Kreislauf-Krankheiten auf?

nein  ja  Herzinfarkt  Schlaganfall  Bypass-OP  PTCA/Stent  
 plötzl. Tod? bei wem? \_\_\_\_\_

Haben Sie selbst bereits einen **Herzinfarkt** erlitten?

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 **schwindelig oder bewusstlos** geworden?

nein  ja, und zwar  schwindelig  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			
	morgens	mittags	abends	zur Nacht
Medikamenten-Name				