# Patientenfragebogen

Wir freuen uns Sie bei uns in der Praxis begrüßen zu dürfen! Wir bitten Sie diesen Fragebogen möglichst genau auszufüllen. Die von Ihnen gemachten Angaben sind für uns sehr hilfreich, um Ihre Situation genauer einschätzen zu können- Ihre Daten werden vertraulich behandelt. Der Fragebogen ist auch über unsere Homepage abrufbar und kann schon im Vorfeld zuhause ausgefüllt werden.  Bitte bringen Sie den Fragebogen zusammen mit Ihrem aktuellen Medikamentenplan bei Ihrem Praxisbesuch bei uns mit.

| **Persönliche Daten** | |
|---|---|
| Name: | Vorname: |
| Geburtsdatum: | Alter: |
| Größe: | Gewicht: |
| Hausarzt: | |
| Datum letzte Krankenhausbehandlung: | |
| Klinik: | |

| **Was führt Sie zu uns in die Praxis?** | | |
|---|---|---|
| Erstvorstellung | ☐ ja | ☐ nein |
| Verlaufskontrolle | ☐ ja | ☐ nein |
| Nachsorge | ☐ ja | ☐ nein |
| Check-Up | ☐ ja | ☐ nein |

| **Vorerkrankungen** | | |
|---|---|---|
| Herzinfarkt | ☐ ja | ☐ nein |
| Verengung der Herzkranzgefäße/Stents | ☐ ja | ☐ nein |
| Bypässe | ☐ ja | ☐ nein |
| Herzschwäche | ☐ ja | ☐ nein |
| Vorhofflimmern | ☐ ja | ☐ nein |
| Schrittmacher / Defi | ☐ ja | ☐ nein |
| Andere Herzrhythmusstörungen | ☐ ja | ☐ nein |
| Schlaganfall | ☐ ja | ☐ nein |
| Hirnblutung | ☐ ja | ☐ nein |
| Gefäßerkrankung | ☐ ja | ☐ nein |
| Lungenembolie oder Thrombosen | ☐ ja | ☐ nein |
| Lungenerkrankung | ☐ ja | ☐ nein |
| Nierenerkrankung | ☐ ja | ☐ nein |
| Magen- oder Darmblutung | ☐ ja | ☐ nein |
| Rheumatologische Erkrankung | ☐ ja | ☐ nein |



Version 1.0, by Dr. med. C. Rogers, 01/2026

| | | |
|---|---|---|
| Tumorerkrankung | ☐ ja | ☐ nein |

| **Kardiovaskuläre Risikofaktoren** | | |
|---|---|---|
| Bluthochdruck | ☐ ja | ☐ nein |
| Erhöhung der Blutfette, z.B. Cholesterin | ☐ ja | ☐ nein |
| Rauchen | ☐ ja | ☐ nein |
| Ehemaliges Rauchen | ☐ ja | ☐ nein |
| Diabetes | ☐ ja | ☐ nein |
| Schlafapnoe | ☐ ja | ☐ nein |
| Herz-Kreislauferkrankungen in der Familie unter 60 Jahren | ☐ ja | ☐ nein |
| Plötzliche frühe Todesfälle in der Familie | ☐ ja | ☐ nein |
| Alkohol | ☐ ja | ☐ nein |

| **Aktuelle Beschwerden** | | |
|---|---|---|
| Brustschmerzen, Druckgefühl auf der Brust | ☐ ja | ☐ nein |
| Atemnot, Kurzatmigkeit | ☐ ja | ☐ nein |
| Leistungsminderung | ☐ ja | ☐ nein |
| Herzstolpern, Herzrasen | ☐ ja | ☐ nein |
| Geschwollene Beine/Füße | ☐ ja | ☐ nein |
| Schwindel | ☐ ja | ☐ nein |
| Bewusstlosigkeit | ☐ ja | ☐ nein |
| Gewichtsveränderung | ☐ ja | ☐ nein |
| Sonstiges: | | |

| **Bisherige Eingriffe** | | |
|---|---|---|
| Herzinfarkt | ☐ ja | ☐ nein |
| Herzkatheteruntersuchung mit Gefäßaufdehnung oder Stentimplantation | ☐ ja | ☐ nein |
| Bypassoperation | ☐ ja | ☐ nein |
| Herzklappenersatz über Herzkatheter | ☐ ja | ☐ nein |
| Herzklappenersatz über offene Operation | ☐ ja | ☐ nein |
| Behandlung von Herzrhythmusstörung über Herzkatheter | ☐ ja | ☐ nein |
| Schrittmacherimplantation | ☐ ja | ☐ nein |
| Implantation eines Defibrillators | ☐ ja | ☐ nein |
| Eingriffe an anderen Gefäßen (z.B. Bein-, Halsgefäße) | ☐ ja | ☐ nein |
| Sonstiges: | | |

| **Medikamente (Name und Dosierung)** | Morgens | Mittags | Abends |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |



Version 1.0, by Dr. med. C. Rogers, 01/2026

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |