



Kardiologie
Thomas Gamm
Teltower Damm 15
14169 Berlin

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

um Informationsverluste zu vermeiden und für Sie Zeit zum Gespräch zu gewinnen, bitten wir Sie, nachfolgende Fragen möglichst vollständig zu beantworten. Bei Unklarheiten füllen wir sie gemeinsam aus!

Name _____ Vorname _____ Geb.-Datum _____ Größe/cm _____ Gewicht/kg _____

Kardiovaskuläres Risikoprofil:	JA	NEIN
Sind Sie Raucher/-in? (Wenn ja, wie viel am Tag? Seit wann ?)		
Haben Sie erhöhte Blutfette/Cholesterin?		
Haben Sie Diabetes ?		
Haben Sie Bluthochdruck?		
Gibt oder gab es in der Verwandtschaft (Vater ,Mutter ,Geschwister) bekannte Herzerkrankungen?		
Sind (Medikamenten-)Allergien bekannt?(Wenn ja,welche?)		
Blutgerinnungsstörung?(gerinnungshemmende Medikamente?)		
Treiben Sie Sport? (Wenn ja, was ? Wie oft?)		

Welche Medikamente nehmen Sie ein ? (Name? Dosierung?)

Vorerkrankungen / Krankenhausaufenthalte:	JA	NEIN
Hatten Sie einen Herzinfarkt ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Andere Herzkrankheiten ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Herzoperationen ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Herzkatheteruntersuchungen ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ballonaufweitung /Stentimplantation ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Krankenhauaufenthalte ? (Wenn ja, wann,wo und weshalb?)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Weitere ernsthafte Erkrankungen?
