

Datum: \_\_\_\_\_

Dr. med. Heiko Seemann  
Innere Medizin  
Kardiologie

Friedrich-Lichtenauer-Allee 1b – 21423 Winsen/ Luhe – Tel. 04171/ 4488 – Fax. 04171/63836

**WARTEZIMMER – FRAGEBOGEN**

**Sehr geehrter Patient!**

**Zur Erleichterung des Untersuchungsablaufes möchten wir Sie bitten, soweit möglich, die folgenden Fragen zu beantworten.**

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Strasse: \_\_\_\_\_ Wohnort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Größe: \_\_\_\_\_ Gewicht: \_\_\_\_\_

**Welche Medikamente ( auch Schlaf-, Beruhigungs- und Abführmittel ) nehmen Sie zurzeit ein und in welcher Dosierung? Falls Sie einen Medikamentenplan haben, kopieren wir diesen gerne.**

Medikament	morgens	mittags	abends	nachts

**Besteht eine Unverträglichkeit gegenüber Medikamenten (z.B. Antibiotika)?**

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_ Nicht bekannt

**Bestehen sonstige Unverträglichkeiten/ Allergien?**

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_ Nicht bekannt

**Ist bei Ihnen ein Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit) bekannt? Wenn ja, wie wird er behandelt? Bitte ankreuzen**

Diät  Tabletten  Insulin  Nicht bekannt

**Wurde Ihr Herz in den letzten Jahren bei einem Kardiologen/ Internisten oder im Krankenhaus untersucht?**

Wenn ja, wann und wo? \_\_\_\_\_

**Wurde bei Ihnen eine Herzkatheteruntersuchung durchgeführt?**

**Wenn ja, wann und wo?** \_\_\_\_\_

**Haben Sie einen Herzschrittmacher? Bitte ankreuzen.**

Ja                       Nein

**Damit wir uns ein besseres Bild über Ihre früheren Erkrankungen machen können, beantworten Sie die folgenden Fragen bitte im Ankreuzverfahren mit „Ja“ oder „Nein“.**

Asthma, Heuschnupfen	Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>	Hoher Blutdruck	Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>
Chronische Bronchitis	Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>	Hohe Cholesterinwerte	Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>
Lungenentzündung	Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>	Schilddrüsenerkrankungen	Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>
Herzinfarkt	Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>	Gicht	Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>
Herzkranzgefäßerkrankungen	Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>	Gelenkrheumatismus	Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>
Krampfadern, Thrombose	Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>	Blutarmut, Blutkrankheiten	Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>
Schlaganfall, Lähmungen	Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>	Nierenerkrankungen	Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>

Rauchen Sie?                      Ja  Nein

Wenn ja, wie viel? \_\_\_\_\_

Treiben Sie regelmäßig Sport?    Ja  Nein

Wenn ja, welche Sportart? \_\_\_\_\_

**Wurde bei Ihnen schon einmal eine große Operation (z.B. am Herzen) durchgeführt?**

**Wenn ja, welche und wann?** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Hatten Sie noch weitere, hier nicht genannte Erkrankungen, Behandlungen usw. die für Ihre Behandlung bei uns von Bedeutung sein könnten? Wenn ja, welche?**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Nehmen Sie an einem Disease Management Programm (DMP Diabetes oder DMP KHK) teil?**

Ja                       Nein