



Drs. med. Th. Böhmeke/A. Schmidt  
Ärzte für Innere Medizin und Kardiologie  
Goethestrasse 49, 45964 Gladbeck  
☎ 02043 / 378837

## Fragebogen

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

Haben Sie Schmerzen im Bereich des Brustkorbes?

Ja, seit einigen Wochen     Ja, seit einigen Monaten     Ja, schon seit Jahren     Nein

Verspüren Sie Luftnot?  Ja     Nein

Haben Sie Beschwerden bei Belastung?  Ja     Nein

Ist bei Ihnen eine Herz- oder Gefäßerkrankung bekannt?     Ja, folgende: \_\_\_\_\_     Nein

Ist bei Ihnen eine Katheteruntersuchung durchgeführt worden?  Ja     Nein

Wenn ja: wann und wo? Ballonkatheter? Wenn ja, bitte Berichte mitbringen!

Sind bei Ihnen andere Erkrankungen bekannt?     Ja, folgende: \_\_\_\_\_     Nein

Sind Sie schon einmal bewusstlos geworden?     Ja, für \_\_\_\_\_ Minuten.     Nein

Haben Sie vor dieser Bewusstlosigkeit andere Beschwerden bemerkt?

Unwohlsein     Übelkeit     Schwarzwerden vor Augen     Schmerzen     Nein

Gab es nach der Ende der Bewusstlosigkeit Auffälligkeiten?  Nein

Zungenbiss     Urinabgang     Verletzung     Erinnerungslücke     starkes Schwitzen

Können Sie die Art Ihres Schwindels beschreiben?

Ich schwanke wie betrunken.     Es dreht sich wie im Karussell nach rechts/links.  
 Ich habe keinen Schwindel.     Der Schwindel tritt verstärkt bei Kopfbewegung auf.  
 Der Schwindel tritt verstärkt beim Hinstellen/Aufrichten auf.

Sind bei Ihnen erhöhte Cholesterinwerte bekannt?  Ja     Nein

Ist bei Ihnen eine Zuckererkrankung bekannt?  Ja     Nein

Besteht ein erhöhter Blutdruck?  Ja     Nein

Sind in Ihrer Familie Herz- oder Gefäßerkrankungen aufgetreten?  Ja     Nein

Rauchen Sie oder haben Sie geraucht?     Ja, \_\_\_\_\_ Jahre bis \_\_\_\_\_     Nein

Welche Medikamente nehmen Sie?    morgens    mittags    abends  
Bitte Präparat und Dosierung (mg) angeben!

_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Hiermit bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben.

\_\_\_\_\_  
Datum                      Unterschrift