



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

## Fragebogen

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

Seit wann verspüren Sie Luftnot?

seit einigen Wochen       seit einigen Monaten       seit Jahren

Wann tritt die Luftnot auf?

in Ruhe     bei leichter Belastung (Ankleiden)     bei schwerer Belastung (Treppensteigen)  
 bei sehr schwerer Belastung (schwere Gartenarbeit, Tragen von Getränkekisten)

Wie hat die Luftnot angefangen?       schleichend zunehmend       plötzlicher Beginn

Haben Sie begleitend auch Schmerzen im Bereich des Brustkorbes?     Nein     Ja

Können Sie nachts flach liegen?       Nein     Ja

Müssen Sie nachts zum Wasserlassen aufstehen?       Nein     Ja, \_\_\_\_\_ Mal

Ist Ihnen eine Schwellung der Beine aufgefallen?       Nein     Ja, und zwar

links     rechts     besonders abends     auch Rötung der Beine     auch Schmerzen der Beine

Ist bei Ihnen eine Lungen- oder Bronchialerkrankung bekannt?     Nein     Ja

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

Ist bei Ihnen eine Herzkatheteruntersuchung durchgeführt worden?     Nein     Ja

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

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

Sind Sie schon einmal bewusstlos geworden?       Nein     Ja

Sind bei Ihnen erhöhte Cholesterinwerte bekannt?     Nein     Ja

Ist bei Ihnen eine Zuckererkrankung bekannt?       Nein     Ja

Besteht ein erhöhter Blutdruck?       Nein     Ja

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

Welchen Beruf üben/übten Sie aus? \_\_\_\_\_

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

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

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

Hiermit bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift