



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

Fragebogen

Name: _____ Vorname: _____ Telefonnummer: _____

Verspüren Sie Luftnot?

- nein ja, aber eher weniger ja, zunehmend

Wenn ja, wann tritt die Luftnot auf?

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

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, ich benötige _____ Kopfkissen Ja

Müssen Sie nachts zum Wasserlassen aufstehen? Nein Ja, _____ Mal

Sind Ihre Beine geschwollen? Nein Ja, und zwar:

- die Knöchel die Unterschenkel die Unterschenkel bis zum Knie
 morgens liegt fast keine Schwellung vor die Schwellung nimmt im Tagesverlauf zu

Sind Sie wegen Ihrer Herzschwäche seit Ihrem letzten Besuch bei uns im Krankenhaus behandelt worden? wenn ja, wann und wo? _____ Nein Ja

Hat sich Ihr Körpergewicht verändert? Nein

- Ja, ich habe _____ kg abgenommen Ja, ich habe _____ kg zugenommen

Messen Sie zuhause regelmäßig Ihren Blutdruck? Nein

- Ja, die meisten Werte liegen zwischen _____ (oberer Wert) und _____ (unterer Wert)

Rauchen Sie oder haben Sie geraucht? Ja, _____ Jahre bis _____ Nein

Welche Medikamente nehmen Sie?

Bitte Präparat und Dosierung (mg) angeben, auch Sprays!

- Die Medikamente haben sich auch in ihrer Dosis seit dem letzten Besuch nicht geändert.

	morgens	mittags	abends
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Hiermit bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben.

Datum

Unterschrift