



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

## Fragebogen

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

Welche der folgenden Beschwerden ist bei Ihnen schon einmal aufgetreten?

- Gefühlsstörung des  rechten Armes  linken Armes  rechten Beines  linken Beines  
Lähmung des  rechten Armes  linken Armes  rechten Beines  linken Beines  
 Sprachstörungen  vorübergehende Blindheit  keine derartigen Beschwerden

Wie lange haben diese Beschwerden angehalten?

- einige Minuten  einige Stunden  einige Tage  länger als 10 Tage  
 Ich habe Restbeschwerden bis heute.

Welche Untersuchungen der Blutgefäße und des Kopfes sind bei Ihnen schon durchgeführt worden?

- Ultraschall  Computertomographie (CT)  Kernspintomographie (NMR, MRT)  
wann und wo? \_\_\_\_\_  Keine

Haben Sie Schmerzen im Bereich des Brustkorbes?  Nein  Ja

Verspüren Sie Luftnot?  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 Bericht mitbringen!

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

Sind Sie schon einmal bewusstlos geworden?  Nein  Ja

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?  Nein  Ja, \_\_\_\_\_ Jahre bis \_\_\_\_\_

Welche Medikamente nehmen Sie?                      morgens                      mittags                      abends

Bitte Präparat und Dosierung (mg) angeben!

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

Hiermit bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben.

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