

Name: _____

Kommen bei Ihren Eltern oder Geschwistern folgende Erkrankungen vor?

- Herzinfarkt Herzfehler Plötzlicher Herztod
 Schlaganfall Hoher Blutdruck Zuckererkrankung

Sind bei Ihnen folgende Erkrankungen oder Risikofaktoren bekannt?

- Herzerkrankung
 Bluthochdruck Hohe Blutfette Zuckererkrankung
 Rauchen Lungenerkrankung Magengeschwür

Ihre jetzigen Beschwerden:

Luftnot:

- in Ruhe bei Belastung (z.B. _____)
 Kurzatmigkeit Schlafen Sie mit erhöhtem Oberkörper?

Brustenge, Druckgefühl oder Schmerzen in der Brust oder im Oberbauch

- in Ruhe bei Belastung nach _____ Etagen oder Metern
 Brennen im Brustkorb oder Kiefer Schmerzen im Magen oder Rücken, Übelkeit
 Dauer Minuten Stunden Tag
 Ausstrahlung in den Arm in Hals/ Kopf in den Bauch

Herzrhythmusstörungen

- Herzrasen Herzstolpern Schwindel Übelkeit
 Beginn der Symptome plötzlich allmählich
 Ende der Symptome plötzlich langsam
 Dauer der Symptome Sekunden Minuten

Körperliche Leistungsfähigkeit / Müdigkeit / Abgeschlagenheit im letzten halben Jahr

- gleichgeblieben verschlechtert verbessert

Frühere schwerwiegende Erkrankungen / Operationen bei Ihnen

Welche Medikamente nehmen Sie wann und in welcher Dosierung ein?

| | | | |
|---------------|--|----------------------|----------------------|
| Seite 1 von 1 | Medizinisches Versorgungszentrum Ev. Jung-Stilling-Krankenhaus GmbH Wichernstr. 40, 57074 Siegen | Erstellt: M. Sweeney | 19.06.2018 |
| | | Geprüft: Dr. Adler | 19.06.2018 |
| | | Version: 01 | Freigegeben: Pfeifer |