

## Praxisfragebogen

Name: \_\_\_\_\_ Alter: \_\_\_\_\_ Beruf: \_\_\_\_\_

Wegen welcher Beschwerden kommen Sie ? \_\_\_\_\_

Welche Medikamente nehmen Sie ein ? : \_\_\_\_\_

Nehmen Sie eine Blutverdünnung ein ? : ( ) nein ( ) ja, wenn ja:

( ) ASS ( ) Iscover/ Plavix ( ) Marcumar ( ) Xarelto ( ) Eliquis ( ) andere: \_\_\_\_\_

Leiden Sie an einem hohen Blutdruck : ( ) ja ( ) nein

Diabetes mellitus: ( ) ja ( ) nein, Insulin ( ) Metformin ( )

Herzschwäche : ( ) ja ( ) nein

Herzrhythmusstörung: ( ) ja ( ) nein

einer Nierenerkrankung : ( ) ja ( ) nein

einer Lebererkrankung : ( ) ja ( ) nein

einer Schilddrüsenerkrankung : ( ) ja ( ) nein

Hatten Sie einen Schlaganfall : ( ) ja ( ) nein

Herzinfarkt : ( ) ja ( ) nein

eine Thrombose : ( ) ja ( ) nein

Haben Sie einen Herzschrittmacher ? : ( ) ja ( ) nein

Rauchen Sie ? : ( ) ja ( ) nein

Haben Sie eine Allergie ? : ( ) nein ( ) ja, auf was: \_\_\_\_\_

Operation an den Krampfadern ? : ( ) ja ( ) nein

Operation am Herzen ? : ( ) nein ( ) ja; ( ) Bypässe, ( ) Herzklappe

Operation an den Schlagadern ? : ( ) nein ( ) ja; ( ) Bypass, ( ) Ballonweitung, ( ) Stent

Sind weitere Operationen an anderen Regionen durchgeführt worden ? :

( ) nein ( ) ja, an was \_\_\_\_\_

Ist bei Ihnen eine Hepatitis bekannt ? ( ) ja ( ) nein

Größe: \_\_\_\_\_ cm Gewicht: \_\_\_\_\_ kg

Eine Bitte: Sollten Sie Krankenhausberichte, Bildmaterial von Untersuchungen oder andere Berichte über Ihre Krankengeschichte dabei haben, dann übergeben Sie diese doch bitte an der Anmeldung. Anschließend erhalten Sie sämtliche Unterlagen zurück.