

Liebe Patientinnen und Patienten,
 wir bitten Sie um Angaben Ihrer persönlichen Krankendaten zur optimalen medizinischen Betreuung. Diese Daten werden in Ihre EDV-Patientenakte eingegeben und auf einem gesicherten Server gespeichert und sind nicht von außen einsehbar. Die Weitergabe erfolgt nur wie in der von Ihnen uns separat erteilten Freigabe (an z.B. Ihren Hausarzt im Arztbrief) erlaubt.

Ihr Name:

Welche Herzerkrankungen sind bekannt?

- Herzinfarkt? Wann: ja nein
- Koronare Herzkrankheit (Herzkranzgefäßverengung) ja nein
- Wurde bereits ein Herzkatheter /
eine Herzkranzgefäßdehnung durchgeführt? ja nein
- Wann: _____ Wo: _____
- Aortokoronare Bypass-Operation: ja nein
- Wann: _____ Wo: _____

Welche sonstigen Vorerkrankungen sind bei Ihnen bekannt?

Wann aufgetreten:

- Nieren: ja nein
- Krebs: welcher: ja nein
- Schilddrüse: ja nein
- chronische Bronchitis: ja nein
- Durchblutungsstörung d. Beine ja nein
- Lungenembolie / Thrombose: ja nein
- Sonstige: _____

Risikofaktoren für Gefäßverkalkung

- Nikotin: z. Zt. Zig./Tag: seit Jahren
früher: Zig./Tag: von bis
- Bluthochdruck ja nein seit:
- Zuckerkrankheit ja nein seit:
- erhöhte Blutfette ja nein seit:

Sind bei Ihnen Allergien bekannt?

- Kontrastmittel ja nein
- Penicillin ja nein
- Andere: _____

Familiäre Erkrankungen

- | | Eltern | Geschwister | Kinder | vor 60. LJ aufgetreten? |
|-------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| • Herzinfarkt: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Schlaganfall: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Zuckerkrankheit: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Erhöhte Blutfettwerte | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Nehmen Sie am DMP-Programm „KHK“ teil? ja nein