



ZENTRUM FÜR KARDIOLOGIE

TAUBERFRANKEN

Name _____ Vorname _____ geb. _____

Größe _____ Gewicht _____ BMI _____

Schildern Sie Ihre **Beschwerden in eigenen Worten** und seit wann diese bestehen (ggf. Seite 2)

Bitte kreuzen Sie die zutreffenden Angaben an:

Ich hatte in den letzten Tagen: **starke Brustschmerzen** **Atemnot** **in Ruhe**

Bei **körperlicher Belastung** habe ich: Brustenge leichte Atemnot schwere Atemnot

Atemnot in Ruhe nachts beim Ankleiden / Waschen Treppen gehen bergan Gehen

Ich habe: **Schwindel** **Herzrasen** **Herzstolpern** oft gelegentlich

Wie oft? _____ Hält wie lange an? _____ Wann zuletzt? _____

Ich war schon einmal **bewusstlos** | Wie oft? _____ Wann zuletzt? _____

Ich leide an **Knöchelschwellung** **Beinschwellung** nur abends ganztätig

Gewichtszunahme von _____ kg in _____ Wochen _____ Monaten

nächtliches Wasserlassen _____ mal

Ich habe **Beinschmerzen / Wadenschmerzen** beim raschen Gehen in Ruhe

Kardiovaskuläre Risikofaktoren

Diabetes mellitus | Seit wann? _____ Typ 1 Typ 2 insulipflichtig

Gesamtcholesterin _____ mg/dl **LDL** _____ mg/dl **HDL** _____ mg/dl **Triglyceride** _____ mg/dl

Erhöhter Blutdruck | Seit wann? _____ Häusliche Blutdruckwerte _____

Ich rauche **Zigaretten** | Seit wann? _____ Bis wann? _____ Über wie viele Jahre?

Angehörige sind von **Herzerkrankungen, plötzlichem Versterben** oder vom **Schlaganfall** betroffen

Wer und Was: _____

Ich **schnarche** **nächtliche Atempausen** (Partner-/in) fragen)

Untersuchung auf **Atemaussetzer** erfolgt **Schlaflabor** erfolgt CPAP Maske wieder beendet

Alkoholkonsum | Was? / Wieviel? _____ täglich _____ x pro Woche

Ich leide an einer **Nierenerkrankung** **Dialyse** Nierenwert: Kreatinin i.S. _____ GFR:



ZENTRUM FÜR KARDIOLOGIE

TAUBERFRANKEN

- Koronare Herzkrankheit** bekannt Herzinfarkt, wann _____
- Herzkatheter** | Wann zuletzt? _____ Wo? _____
- Ich habe **Bypässe** am Herzen an den Beinen
- Ich habe **Stents** am Herzen in den Bein Gefässen
- Ich hatte schon einen **Schlaganfall** | Wie oft _____ Wann zuletzt _____
- Ich habe eine **Venenerkrankung / Krampfadern** an den Beinen und bin schon operiert re li
- Ich hatte schon eine **Venenthrombose** | Wo?/ Wann? _____
- Lungenembolie** | Wie oft? _____ Wann zuletzt? _____
- Ich habe eine **Gerinnungsstörung** | Was? _____
- Ich nehme **Gerinnungshemmer** | Was? _____
- Ich habe eine Kontrastmittelallergie | Was ist passiert? _____
- Sonstige **Allergien** / Unverträglichkeiten: _____
- Allergiepass** Ausweis über eine schwierige Narkose Narkosezwischenfall
- Ich habe eine chronische Lungenerkrankung COPD Asthma
- Ich bin in regelmässiger **lungenfachärztlicher** Betreuung bei: _____
- Ich war schon im **Krankenhaus** wegen _____ (alternativ KH Berichte beilegen):

Wo: _____

Abteilung: _____

- Schwere **Erkrankungen** / **Krebsleiden** / **Operationen** / **Sonstige Anmerkungen**:

Medikamente (Medikamentenplan beilegen):

Bitte **Laborwerte** vom Hausarzt mitbringen. Wichtig sind, falls vorhanden, Cholesterinwerte, Blutzucker, HbA1c, Nierenwerte (Kreatinin / Harnstoff), Schilddrüsenwert (bTSH)

Krankenhausberichte vom Hausarzt erfragen und in **Kopie** mitbringen.

Unterschrift