



Um einen Überblick über Ihre kardialen Erkrankungen zu bekommen und die Fragestellung Ihres Hausarztes an die Echokardiographie möglichst genau beantworten zu können bitten wir Sie, diesen Fragebogen sorgfältig auszufüllen.

Selbstverständlich fallen Ihre Angaben unter die Schweigepflicht. Vielen Dank für Ihre Mühen.

Name:	Vorname:
Telefon-Nr.:	Geburtsdatum:
Überweisender Arzt:	
Bekannte Kardiale Grunderkrankungen:	
<input type="checkbox"/> Herzklappenfehler: Angeborener Herzklappenfehler: <input type="checkbox"/> Aortenklappenstenose <input type="checkbox"/> Aortenklappeninsuffizienz <input type="checkbox"/> Mitralklappenstenose <input type="checkbox"/> Mitralklappeninsuffizienz <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Z.n. Herzklappenersatz: Aortenklappe <input type="checkbox"/> mechanisch <input type="checkbox"/> biologisch <input type="checkbox"/> Mitralklappe <input type="checkbox"/> mechanisch <input type="checkbox"/> biologisch <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Bekannter Fehler der Vorhof Scheidewand (ASD) <input type="checkbox"/> Ventrikel Scheidewand (VSD) <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Z.n. Herzinfarkt: Vorderwand <input type="checkbox"/> Hinterwand <input type="checkbox"/> , Wie lange zurück: _____	
<input type="checkbox"/> Z.n. Bypass-Operation	
<input type="checkbox"/> Z.n. Schrittmacheroperation: Einkammerschrittmacher <input type="checkbox"/> Zweikammerschrittmacher <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Herzrhythmusstörungen: Vorhofflimmern <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Z.n. Lungenembolie <input type="checkbox"/> Lungenhochdruck anderer Ursache	
Kardiovaskuläre Risikofaktoren:	
<input type="checkbox"/> Arterielle Hypertonie / Bluthochdruck	
<input type="checkbox"/> Hypercholesterinämie (erhöhte Blutfettwerte)	
<input type="checkbox"/> Nikotinabusus (Rauchen). Zigaretten /Tag, seit Monat / Jahr: _____ Beendet seit: _____	
<input type="checkbox"/> Diabetes mellitus (Zucker)	
<input type="checkbox"/> Andere Gefäßerkrankungen (pAVK (Durchblutungsstörung der Beine), Schlaganfall, Halsgefäßverengung)	
<input type="checkbox"/> Pos. Familiengeschichte für Gefäßerkrankungen (Durchblutungsstörungen des Herzens (KHK), der Beine (pAVK) o. des Gehirns (cAVK, Schlaganfall))	
<input type="checkbox"/> COPD (chronisch obstruktive Lungenerkrankung)	
Symptome:	
<input type="checkbox"/> Schwindel	
<input type="checkbox"/> Herzasen <input type="checkbox"/> Unregelmäßiger Herzschlag	
<input type="checkbox"/> Plötzlicher Bewusstseinsverlust	
<input type="checkbox"/> Luftnot im Alltag (Herzinsuffizienz): <input type="checkbox"/> Auf Hoher Belastungsstufe <input type="checkbox"/> Auf mittlerer Belastungsstufe <input type="checkbox"/> auf geringer Belastungsstufe <input type="checkbox"/> in Ruhe	
<input type="checkbox"/> Schmerzen auf der Brust (Angina pectoris): <input type="checkbox"/> Auf Hoher Belastungsstufe <input type="checkbox"/> Auf mittlerer Belastungsstufe <input type="checkbox"/> auf geringer Belastungsstufe <input type="checkbox"/> in Ruhe	
<input type="checkbox"/> Wasser in den Beinen (Ödeme): über Nacht rückläufig <input type="checkbox"/> nicht über Nacht rückläufig <input type="checkbox"/>	



Medikamente:
<input type="checkbox"/> Blutverdünnung: Marcumar <input type="checkbox"/> NOAK (Xarelto, Pradaxa, Eliquis, Lixiana, ..) <input type="checkbox"/> ASS <input type="checkbox"/> Andere Blutverdünner: _____
<input type="checkbox"/> Betablocker
<input type="checkbox"/> Cholesterinsenker
<input type="checkbox"/> Andere Medikamente:

Weitere Informationen für uns, die Sie für wichtig halten:

Herzlichen Dank für Ihre Bemühungen.

Mit einer Übermittlung der Befunddaten an meinen Hausarzt bin ich einverstanden:

ja nein

Entbindung von der Schweigepflicht gegenüber meinem Hausarzt:

(Ort, Datum)

(Unterschrift Patient)