

Praxis Dr. med. Markus Hausmann
Facharzt für Innere Medizin und Kardiologie
Bachstraße 43 in 53913 Swisttal
Tel.Nr.: 02254/844635
Fax.Nr.: 02254/844637
www.kardiologie-swisttal.de

Liebe Patienten,

wir möchten Sie bitten den folgenden Fragebogen auszufüllen. Diese Informationen helfen uns eine für Sie optimale Behandlung sicherzustellen.

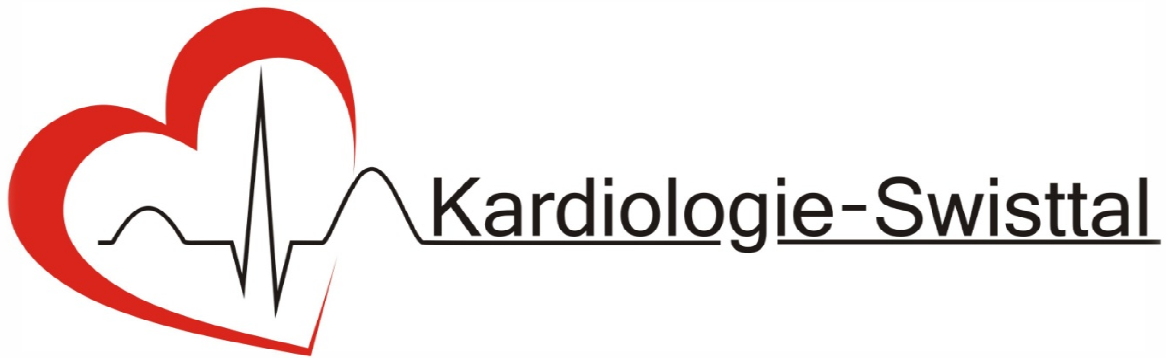
Für eine effektive Therapieplanung ist es häufig notwendig Untersuchungsbefunde bzw. Arztbriefe von ihrem Hausarzt oder Krankenhäusern anzufordern. Hierzu benötigen wir Ihre Zustimmung.

Weiterhin benötigen wir Ihre Erlaubnis, die von uns erhobenen Untersuchungsergebnisse ihrem Hausarzt oder dem zuweisenden Kollegen zuzusenden.

Bei Fragen helfen Ihnen unsere Mitarbeiter gerne weiter.

Dr. med. Markus Hausmann

Facharzt für Innere Medizin und Kardiologie



Praxis Dr. med. Markus Hausmann
Facharzt für Innere Medizin und Kardiologie
Bachstraße 43 in 53913 Swisttal
Tel.Nr.: 02254/844635
Fax.Nr.: 02254/844637
www.kardiologie-swisttal.de

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Wir bitten um Übermittlung der Vorbefunde des oben genannten Patienten an
die Fax.Nr.: 02254/844637.

Vielen Dank.

Einverständniserklärung:

Ich bin mit der Übermittlung meiner Behandlungsdaten, der Weitergabe meiner Befunde an meinen Hausarzt beziehungsweise überweisenden Facharzt zum Zwecke der Dokumentation und der weiteren Behandlung einverstanden.

Desweiteren erlaube ich, dass Vorbefunde aus Krankenhäusern oder anderen Ärzten etc. für unsere weiterführende Diagnostik angefordert werden dürfen.

Diese Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden.

Swisttal den

(Datum und Unterschrift)

Fragebogen

Persönliche Daten:

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Telefonnummer: _____

Anschrift des Hausarztes: _____

An welchen Arzt soll der Befund versendet werden: _____

Aktuelle Beschwerden:

(innerhalb der letzten vier Wochen)

Seit wann?

Brustschmerzen ja nein _____

Atemnot ja nein _____

Bewusstlosigkeit/ Kollaps ja nein _____

Herzrasen/Herzstolpern ja nein _____

weitere: _____

Internistische Vorerkrankungen:

(Wann zuletzt behandelt?)

Herz: ja nein _____

Lunge: ja nein _____

Schilddrüse: ja nein _____

Nieren: ja nein _____

Grüner Star: ja nein _____

Medikamentenunverträglichkeit: ja nein _____

Allergien: ja nein _____

Sonstige: (z.B. Rheuma etc.) _____

Kardiovaskulären Risikofaktoren:

Seit wann?

Größe: _____ cm Gewicht: _____ kg

Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit): ja nein _____

Cholesterin Erhöhung: ja nein _____

Bluthochdruck: ja nein _____

Raucher: ja nein _____

Ex Raucher: ja nein _____

Herzerkrankungen in der Familie: ja nein _____

Aktuelle Medikation:

Name	Morgens	Mittags	Abends	Nachts

Letzte Untersuchungen:

(Wann und wo?)

Kardiologische Untersuchung: _____
wo _____

Herzkatheteruntersuchung: _____
wo _____

Internistischer Check up: _____
wo _____

Laboruntersuchung: _____
wo _____

Röntgen Untersuchung: _____
wo _____