

Vorname / Familienname

Adresse

Telefonnummer / e-mail Adresse

Beruf / Dienstgeber

Bankverbindung: IBAN

Geburtsdatum / Versicherungsträger u. SV-Nr.

- ÖGK       KFL       Sonstiges: \_\_\_\_\_  
 BVAEB       Privat versichert bei: \_\_\_\_\_  
 SVS       Zusatzversichert bei: \_\_\_\_\_

Körpergröße / Gewicht / Blutdruck: niedrigster u. höchster Wert / Puls: niedrigster u. höchster Wert (falls bekannt)

Hausärztin / Hausarzt: \_\_\_\_\_

Überweisende Ärztin / Arzt: \_\_\_\_\_

### AKTUELLE BESCHWERDEN

Symptom	nie	selten	häufig
Luftnot im Liegen (Orthopnoe)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Luftnot bei leichter Belastung (z.B. 2 Stockwerke oder 200 m ohne Pause möglich?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Luftnot bei schwerer Belastung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Husten bei Belastung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwindel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ohnmacht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brustschmerz / Angina pectoris in Ruhe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brustschmerz / Angina pectoris bei Belastung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzklopfen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzstolpern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schneller Herzschlag in Ruhe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dicke Beine (Beinschwellung / Ödeme)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blaufärbung von Lippen/Fingern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leistungsminderung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Rasche Ermüdbarkeit	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	

### WEITERE BESCHWERDEN

Seit: \_\_\_\_\_ Art der Beschwerden: \_\_\_\_\_



### VORERKRANKUNGEN

Erkrankung	seit	Bemerkung	Erkrankung	seit
Bluthochdruck	_____	<input type="checkbox"/> medikamentös behandelt	Herzrhythmusstörungen	_____
Diabetes mellitus	_____	<input type="checkbox"/> insulinpflichtig	Herzklappenerkrankung	_____
Fettstoffwechselstörung	_____		Herzschwäche	_____
Koronare Herzkrankheit	_____		Schlaganfall	_____
Herzinfarkt	_____		Sonstige Erkrankungen	_____

### FAMILIENANAMNESE

Sind bei nahen Angehörigen Herz-Kreislauf-Erkrankungen bekannt?

nein  ja bei: \_\_\_\_\_

### ALLERGIEN

keine  folgende: \_\_\_\_\_

### LEBENSGEWOHNHEITEN

<b>Rauchen:</b>	<b>Alkohol:</b>	<b>Körperliche Aktivität:</b>
<input type="checkbox"/> nein, seit _____	<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> keine
<input type="checkbox"/> ja, seit _____	<input type="checkbox"/> regelmäßig	<input type="checkbox"/> gelegentlich
_____ Zigaretten pro Tag	<input type="checkbox"/> täglich	<input type="checkbox"/> regelmäßig _____ mal pro Woche; Sport: _____

### MEDIKAMENTE

Alle regelmäßig oder bei Bedarf eingenommenen Medikamente:

Medikament	Dosis	morgens	mittags	abends	bei Bedarf	Medikament	Dosis	morgens	mittags	abends	bei Bedarf
_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### VORBEFUNDE

Vorbefunde aus Untersuchungen

<input type="checkbox"/> EKG	<input type="checkbox"/> Laborbefunde	<input type="checkbox"/> andere medizinische Vorbefunde: _____
<input type="checkbox"/> Echokardiographie	<input type="checkbox"/> Krankenhausberichte	
<input type="checkbox"/> Belastungs-EKG	<input type="checkbox"/> Medikamentenliste	

### IHR PERSÖNLICHES ANLIEGEN

Was ist Ihr derzeitiges gesundheitliches Hauptproblem?

Welche Erwartungen haben Sie an die heutige Untersuchung / Behandlung?

z.B. Abklärung bestimmter Beschwerden, Zweitmeinung, Therapieanpassung, Leistungsdiagnostik etc.

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

- Ich bestätige die Richtigkeit meiner Angaben.  
 Ich stimme der Weiterverarbeitung meiner Daten zu.

