



Dr. med. Willibert von Berg  
 Facharzt für Innere Medizin u.  
 Kardiologie

Sehr geehrte Patientin!

Sehr geehrter Patient!

Zur Vorbereitung auf das ärztliche Gespräch bitte ich Sie vorab um einige Angaben:

▼ ▼ Bitte hier ausfüllen ▼ ▼

Name, Vorname	_____	
Beruf	_____	
Körpergröße	_____	cm
Körpergewicht	_____	kg
Sind Sie Raucher?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, Anzahl der Zigaretten pro Tag: _____ Stück. <input type="checkbox"/> Exraucher seit _____ Jahren	
Sind in Ihrer Familie (z.B. bei Eltern, oder Geschwistern) Herzerkrankungen bekannt?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Eltern	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Geschwister
Treiben Sie regelmäßig Sport?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Können Sie sich ohne Beschwerden körperlich belasten? (z.B. Treppensteigen)	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Treten Schmerzen oder Beklemmungen in der Brust auf? Wenn ja...	<input type="checkbox"/> ... in Ruhe? <input type="checkbox"/> ... unter Belastung?	
Haben Sie schon Wasseransammlungen in den Beinen beobachtet (Dicke Beine)?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Müssen Sie nachts aufstehen zum Wasserlassen?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Schlafen Sie mit erhöhtem Oberkörper? (mehrere Kopfkissen, hochgestelltes Bett)	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Tritt nächtlicher Hustenreiz auf? (Unabhängig von einer Erkältung)	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Treten beim Spaziergehen Schmerzen in den Beinen auf?	<input type="checkbox"/> Nein Welches Bein? _____!	<input type="checkbox"/> Ja
Beobachten Sie Herzstolpern oder Herzrasen?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Leiden Sie unter Schwindelanfälle?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Sind Sie in letzter Zeit bewusstlos geworden?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja

Bitte auch die Rückseite des Bogens beachten und ausfüllen! Danke!

## ▼▼ Bitte hier ausfüllen ▼▼

Leiden Sie unter Krampfadern?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja																					
Haben Sie schon einmal eine Beinvenenthrombose erlitten?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja																					
<i>Ist eine der nachfolgenden Krankheiten bekannt bzw. wird behandelt:</i> Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit)	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja																					
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja																					
Hypercholesterinämie (erhöhte Fettwerte im Blut)	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja																					
Überfunktion der Schilddrüse	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja																					
Allergien? z.B. gegen Kontrastmittel, Jod, Medikamente, etc.	<input type="checkbox"/> Nein Gegen _____	<input type="checkbox"/> Ja																					
Wurden bei Ihnen bereits größere Operationen vorgenommen?	<input type="checkbox"/> Nein Welche _____	<input type="checkbox"/> Ja																					
Herzoperationen?	<input type="checkbox"/> Nein Wann? _____ Wo? _____	<input type="checkbox"/> Ja																					
Wurde bei Ihnen schon einmal eine Herzkatheteruntersuchung durchgeführt?	<input type="checkbox"/> Nein Wann? _____ Wo? _____	<input type="checkbox"/> Ja																					
Sind Ihnen andere Krankheiten bekannt, die oben nicht aufgeführt worden sind?	<input type="checkbox"/> Nein Welche? _____	<input type="checkbox"/> Ja																					
Welche Medikamente nehmen Sie ein, und in welcher Dosierung? Medikamente:	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Morgens</th> <th>Mittags</th> <th>Abends</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>		Morgens	Mittags	Abends																		
Morgens	Mittags	Abends																					
Sind Sie interessiert an Selbstzahlerleistungen? (IGEL- Leistungen. Untersuchungen, deren Kosten in der Regel nicht mehr von den Krankenkassen übernommen werden. z.B. eine Untersuchung der Halsschlagadern zur Schlaganfallvorsorge.)	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja																					

Vielen Dank für Ihre Mühe!

Ihr Dr. von Berg