



Kardiologie
im MediCo

Dr. med. Jürgen Brunn
Dr. med. Jörg Menne

Liebe Patientin, lieber Patient,

wir freuen uns, dass Sie sich mit Ihren „Herzensangelegenheiten“ an uns wenden.

Als Termin zur kardiologischen Untersuchung in unserer Praxis haben wir den

_____ Uhr

für Sie reserviert.

Der erforderliche Zeitaufwand für Ihren Besuch beträgt ca. 1-2 Stunden. Planen Sie also bitte ausreichend Zeit ein.

Bringen Sie bitte die folgenden Unterlagen zur Untersuchung mit:

- ✓ Überweisung und Krankenversichertenkarte
- ✓ Ergebnisse bzw. Unterlagen von Voruntersuchungen oder Krankenhausaufenthalten
- ✓ Ihre neuesten Laborwerte (insbesondere Cholesterinwerte mit HDL- und LDL- Cholesterin sowie die Triglycerid-Werte)
- ✓ Eine Liste der Medikamente, die sie zurzeit einnehmen (s. bitte Rückseite)
- ✓ Dieses Schreiben

Als besonderen Service stellen wir sicher, dass bei Ihrem ersten Praxisbesuch - sofern erforderlich - alle kardiologischen Basisuntersuchungen (Ruhe-EKG, Belastungs-EKG, Herzultraschall) durchgeführt werden. Hierzu haben wir entsprechende Untersuchungszeiten für Sie reserviert*.

Um Ihren Praxisbesuch für Sie so effektiv wie möglich zu gestalten, füllen Sie bitte den Fragebogen auf der Rückseite aus. Sollten Sie hierzu Fragen haben, steht Ihnen unser Praxisteam gerne am Untersuchungstag zu Verfügung.

Wir freuen uns auf Ihren Besuch!

Ihr Praxisteam

*Nicht immer kann man einen vereinbarten Arzttermin einhalten. Geben Sie uns in diesem Fall bitte *spätestens am Vortag bis 13:00 Uhr* Bescheid. Haben Sie bitte dafür Verständnis, dass wir Ihnen – sofern Sie Ihren Termin nicht rechtzeitig abgesagt haben - aus o. g. Gründen 50,- € Ausfallpauschale in Rechnung stellen müssen.

Name, Vorname, Tel.-Nr.: _____

Zutreffendes bitte ankreuzen

Haben Sie Herz- oder Brustschmerzen ?	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>
Werden Sie kurzatmig schon bei leichten Anstrengungen ?	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>
Wie viele Etagen können Sie Treppensteigen ohne stehenzubleiben?		<input type="checkbox"/>	weiß ich nicht	<input type="checkbox"/>
Müssen Sie oft nachts aufstehen zum Wasserlassen ?	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>
Haben Sie zeitweise Wasser in den Beinen ?	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>
Müssen Sie nachts mit erhöhtem Oberkörper schlafen?	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>

Sind Sie schon einmal bewusstlos geworden?	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>
Haben Sie plötzlich auftretende Schwindelanfälle ?	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>
Kommt es des öfteren zu einem Herzrasen ?	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>
Verspüren Sie zeitweilig einen unregelmäßigen Herz- oder Pulsschlag ?	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>

Haben Sie hohen Blutdruck ?	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>
Wie hoch war bisher Ihr höchster Blutdruckwert?		____/____		
Sind Sie Raucher ?	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>
Wenn Sie geraucht haben, wann haben Sie das Rauchen aufgegeben?		19/20 ____		
Leiden Sie an einer Erhöhung des Blutzuckers ?	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>
der Blutfette ?	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>
Sind Sie körperlich aktiv (z.B. 10.000 Schritte/Tag od. 2,5 h Sport/Woche)	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>
Hatten Ihre Eltern / Geschwister Durchblutungsstörungen des Herzens vor dem 65. LJ (Herzinfarkt, Bypass-Operation, Ballonaufdehnung, Stent)	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>

Welche Herzkrankheiten haben Sie bisher durchgemacht?

Sonstige Krankheiten, Operationen oder Unfälle?

Beruf:	led.	verh.	verw.	gesch.	Kinder:
--------	------	-------	-------	--------	---------

Bitte führen Sie alle Medikamente auf, die Sie z.Zt. einnehmen! Name und Wirkstärke des Medikamentes:	Anzahl		
	morgens	mittags	abends
1)			
2)			
3)			
4)			
5)			
6)			
7)			

Ich bin mit der im Rahmen meiner Behandlung in der Praxis Dres. med. Brunn & Menne erforderlichen Übermittlung von Daten an andere behandelnde Ärzte und/oder Institutionen und der Anforderung von Befunden bzw. krankheitsbezogenen Unterlagen von vorbehandelnden Ärzten und/oder Institutionen einverstanden.

Ort/Datum

Unterschrift d. Pat.