



Medizinisches Versorgungszentrum Pfälzer Land GmbH

Lina-Pfaff-Strasse 2/ 67655 Kaiserslautern/ Tel: 0631-41558888
Email: kardiologie@mvz-pfaelzerland.de/pneumologie@mvz-pfaelzerland.de

Herzlich willkommen in unsrer Praxis. Die nachfolgenden Daten sind für Ihre Behandlung von großer Wichtigkeit. Sollten Sie sich bei einer Angabe nicht sicher sein, machen Sie bitte ein Fragezeichen. Bitte bestätigen Sie die Vollständigkeit und Richtigkeit Ihrer Angaben mit Ihrer Unterschrift am Ende des Dokuments.

Patient

Name Vorname Geb.-Datum

Straße/Hausnummer Postleitzahl/Wohnort

Größe Gewicht Krankenkasse

Kontaktdaten

Tel. (Privat)Tel. (Mobil).....

E-Mail:.....Hausarzt.....

Aktuelle Beschwerden? _____

_____ **Seit wann?** _____

Können Sie sich uneingeschränkt belasten? (z. B 3. Etage, Treppen laufen) ja / nein

Beruf / frühere Tätigkeit? _____ **Arbeitgeber** _____

Ist eine Berufskrankheit bekannt? ja / nein **Wenn ja, welche:** _____

anerkannt wann: _____ **durch Berufsgenossenschaft:** _____

Rauchen Sie? ja / nein aufgehört, Wenn ja, wie viel am Tag? _____ **Seit wann?** _____

Sind Sie schwanger? ja / nein

Haben Sie Haustiere? ja / nein **Wenn ja, welche?** _____

Treiben Sie Sport? ja/ nein **Wenn ja, wie viele Stunden pro Woche?** _____

Schnarchen Sie? ja / nein **Sind nächtlicher Atemaussetzer bekannt?** ja / nein

Allergien/Medikamentenunverträglichkeit? ja / nein **Wenn ja, welche:** _____

Operationen/ Bestrahlung/ Chemotherapie? Ja/ Nein **Wenn ja welche, bitte mit Jahreszahl.**

Vermuten Sie eine Schadstoffbelastung? ja / nein **Wenn ja, welche, wo auftretend, seit wann?**

Waren Sie je Bewusstlos? Ja/ Nein

Waren Sie in den letzten 6 Monaten im Krankenhaus? Ja/ Nein

Haben Sie Schmerzen im Brustbereich? bei Belastung in Ruhe keine

Wurde je eine Herzkatheteruntersuchung durchgeführt? Ja/ Nein (wenn ja, wann/wo)

Haben oder hatten Sie eine die folgenden Erkrankungen/ Infektionen?

- | | | | |
|--|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Herzinfarkt | <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus | <input type="checkbox"/> Hepatitis |
| <input type="checkbox"/> Thrombose | <input type="checkbox"/> Nierenerkrankung | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung | <input type="checkbox"/> Krampfanfälle |
| <input type="checkbox"/> Glaukom | <input type="checkbox"/> Blutungsneigung | <input type="checkbox"/> Lebererkrankungen | <input type="checkbox"/> chron. Infekte |
| <input type="checkbox"/> Herzrhythmusstörung | <input type="checkbox"/> Gemütskrankheiten | <input type="checkbox"/> Asthma/COPD | <input type="checkbox"/> Angina Pectoris |
| <input type="checkbox"/> Tuberkulose | <input type="checkbox"/> Schlaganfall | <input type="checkbox"/> Erhöhte Blutfettwerte | <input type="checkbox"/> sonst. Herzerkr. |

Traten in Ihrer Familie (Eltern, Geschwister, Großeltern) folgende Erkrankungen auf?

- | | | | |
|--|---|--------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Herzrhythmusstörungen | <input type="checkbox"/> Herzinfarkt | <input type="checkbox"/> Asthma/COPD |
| <input type="checkbox"/> Schlaganfall | <input type="checkbox"/> Plötzliches Herztod (unter 65 Jahre alt) | <input type="checkbox"/> Allergien | |

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? ja / nein

Wenn ja welche (z.B. Pille, Marcumar; bitte auch Sprays und Inhalationsmittel angeben):

Medikamente	morgens	mittags	abends	Zur Nacht	Bei Bedarf

Wann erfolge die letzte Röntgenaufnahme bzw. CT der Lunge? _____

Haben Sie einen Vormund? ja / nein

SMS Benachrichtigung erlaubt? ja / nein

Familienmitglied benachrichtigen? ja / nein (Name/ Tel: _____)

Kaiserslautern, den _____ Unterschrift Patient/Patientin _____

Liebe Patientin, lieber Patient,

wie schätzen Sie Ihre **körperliche Leistungsfähigkeit** ein?

Entscheiden Sie sich für die am ehesten bei Ihnen zutreffende Antwort!



NYHA I	Keine Einschränkungen.	
NYHA II	Beschwerden bei stärkerer körperlicher Belastung, zum Beispiel beim Bergaufgehen oder Treppensteigen.	
NYHA III	Beschwerden bei leichter körperlicher Belastung, zum Beispiel Gehen in der Ebene.	
NYHA IV	Beschwerden bei allen körperlichen Aktivitäten und in Ruhe.	