

# Doz. DDr. Manfred Wonisch

Innere Medizin, Kardiologie, Sportmedizin

Rosenberggasse 6a, 8010 Graz

www.der-kardiologe.at wonisch@der-kardiologe.at



Sehr geehrte(r) Frau/Herr.....

Willkommen in der Praxis Doz. DDr. Wonisch und besten Dank für das entgegengebrachte Vertrauen.

Um Ihnen eine optimale individuelle Betreuung anbieten zu können, benötigen wir von Ihnen einige Informationen.

Damit Sie auf unsere zahlreichen Fragen vorbereitet werden, bitten wir Sie, diesen Fragebogen auszufüllen und zum ärztlichen Gespräch mitzubringen.

**Bitte kreuzen Sie an, ob und wenn ja, wie häufig eine oder mehrere der nachstehenden Symptome bei Ihnen im letzten Jahr aufgetreten sind.**

	Nie	Selten	Häufig
Luftnot im Liegen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Luftnot bei Belastung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hustenanfälle unter Belastung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwindelanfälle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ohnmachtsanfälle	<input type="checkbox"/>	Anzahl	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Brustschmerz/Angina pectoris	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(Unangenehmes) Herzklopfen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vermehrtes Herzklopfen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ohrensausen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schweißausbrüche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(Vermehrte) Müdigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(Vermehrte) Abgeschlagenheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rasche Ermüdbarkeit	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Abnahme der Leistungsfähigkeit	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Schneller Herzschlag in Ruhe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
„Klopfen“ in Hals oder Kopf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blaufärbung von Lippen und Fingern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bitte wenden

