



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"/>

Hat man Ihnen gesagt, dass Sie schnarchen?

ja nein



An welchen weiteren Beschwerden leiden Sie und seit wann?

Tag/Monat/Jahr

Art

Seit _____

Seit _____

Seit _____

An welchen chronischen Krankheiten leiden Sie und seit wann?

Jahr

Krankheit

Seit _____

Blutzucker (seit _____ insulinpflichtig)

Seit _____

Bluthochdruck

Seit _____

Cholesterinerhöhung

Seit _____

Rauchen mit maximal _____ Zigaretten in 24 Stunden

Seit _____

Seit _____

Seit _____

Welche Medikamente nehmen Sie ein? Bitte notieren Sie Namen, Dosis (z.B. mg, ml, Hübe, Tropfen) und den Zeitpunkt der Einnahme

Name

Dosis

morgens

mittags

abends
