

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.	