



Dr. med. Willibert von Berg  
 Facharzt für Innere Medizin u.  
 Kardiologie



Stiftsstraße 21 • 52525 Heinsberg  
 ☎ 02452/101883 • Fax: 02452/101893  
 e-mail: praxis.vonberg@dgn.de

Sehr geehrte Patientin!  
 Sehr geehrter Patient!  
 Zur Vorbereitung auf das ärztliche Gespräch bitte ich Sie vorab um einige Angaben:

▼▼ Bitte hier ausfüllen ▼▼

|  |  |   |
|--|--|---|
| Name, Vorname  | _____  |   |
| Beruf  | _____  |   |
| Körpergröße  | _____  | cm  |
| Körpergewicht  | _____  | kg  |
| Sind Sie Raucher?  | <input type="checkbox"/> Nein<br><input type="checkbox"/> Ja, Anzahl der Zigaretten pro Tag:<br>_____ Stück.<br><input type="checkbox"/> Exraucher seit _____ Jahren |   |
| Sind in Ihrer Familie (z.B. bei Eltern, oder Geschwistern) Herzerkrankungen bekannt? | <input type="checkbox"/> Nein<br><input type="checkbox"/> Eltern   | <input type="checkbox"/> Ja<br><input type="checkbox"/> Geschwister |
| Treiben Sie regelmäßig Sport?  | <input type="checkbox"/> Nein  | <input type="checkbox"/> Ja   |
| Können Sie sich ohne Beschwerden körperlich belasten? (z.B. Treppensteigen)          | <input type="checkbox"/> Nein<br><input type="checkbox"/> Kurzatmigkeit?   | <input type="checkbox"/> Ja   |
| Treten Schmerzen oder Beklemmungen in der Brust auf? Wenn ja...                      | <input type="checkbox"/> ... in Ruhe?<br><input type="checkbox"/> ... unter Belastung?   |   |
| Haben Sie schon Wasseransammlungen in den Beinen beobachtet (Dicke Beine)?           | <input type="checkbox"/> Nein  | <input type="checkbox"/> Ja   |
| Müssen Sie nachts aufstehen zum Wasserlassen?  | <input type="checkbox"/> Nein  | <input type="checkbox"/> Ja   |
| Schlafen Sie mit erhöhtem Oberkörper? (mehrere Kopfkissen, hochgestelltes Bett)      | <input type="checkbox"/> Nein  | <input type="checkbox"/> Ja   |
| Tritt nächtlicher Hustenreiz auf? (Unabhängig von einer Erkältung)                   | <input type="checkbox"/> Nein  | <input type="checkbox"/> Ja   |
| Treten beim Spazierengehen Schmerzen in den Beinen auf?                              | <input type="checkbox"/> Nein<br>Welches Bein? _____!  | <input type="checkbox"/> Ja   |
| Beobachten Sie Herzstolpern oder Herzrasen?  | <input type="checkbox"/> Nein  | <input type="checkbox"/> Ja   |
| Leiden Sie unter Schwindelanfälle?   | <input type="checkbox"/> Nein  | <input type="checkbox"/> Ja   |
| Sind Sie in letzter Zeit bewusstlos geworden?  | <input type="checkbox"/> Nein  | <input type="checkbox"/> Ja   |

Bitte auch die Rückseite des Bogens beachten und ausfüllen! Danke!

## ▼▼ Bitte hier ausfüllen ▼▼

| Leiden Sie unter Krampfadern?   | <input type="checkbox"/> Nein  | <input type="checkbox"/> Ja |         |         |        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---|--|-----------------------------|---------|---------|--------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Haben Sie schon einmal eine Beinvenenthrombose erlitten?  | <input type="checkbox"/> Nein  | <input type="checkbox"/> Ja |         |         |        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <i>Ist eine der nachfolgenden Krankheiten bekannt bzw. wird behandelt:</i><br>Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit)   | <input type="checkbox"/> Nein  | <input type="checkbox"/> Ja |         |         |        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Bluthochdruck   | <input type="checkbox"/> Nein  | <input type="checkbox"/> Ja |         |         |        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Hypercholesterinämie (erhöhte Fettwerte im Blut)  | <input type="checkbox"/> Nein  | <input type="checkbox"/> Ja |         |         |        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Überfunktion der Schilddrüse  | <input type="checkbox"/> Nein  | <input type="checkbox"/> Ja |         |         |        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Allergien? z.B. gegen Kontrastmittel, Jod, Medikamente, etc.  | <input type="checkbox"/> Nein<br>Gegen _____   | <input type="checkbox"/> Ja |         |         |        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Wurden bei Ihnen bereits größere Operationen vorgenommen?   | <input type="checkbox"/> Nein<br>Welche _____  | <input type="checkbox"/> Ja |         |         |        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Herzoperationen?  | <input type="checkbox"/> Nein<br>Wann? _____ Wo? _____   | <input type="checkbox"/> Ja |         |         |        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Wurde bei Ihnen schon einmal eine Herzkatheteruntersuchung durchgeführt?  | <input type="checkbox"/> Nein<br>Wann? _____ Wo? _____   | <input type="checkbox"/> Ja |         |         |        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Sind Ihnen andere Krankheiten bekannt, die oben nicht aufgeführt worden sind?   | <input type="checkbox"/> Nein<br>Welche? _____   | <input type="checkbox"/> Ja |         |         |        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Welche Medikamente nehmen Sie ein, und in welcher Dosierung?<br>Medikamente:  | <table border="1"> <thead> <tr> <th>Morgens</th> <th>Mittags</th> <th>Abends</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table> |                             | Morgens | Mittags | Abends |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Morgens   | Mittags  | Abends                      |         |         |        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   |  |                             |         |         |        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   |  |                             |         |         |        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   |  |                             |         |         |        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   |  |                             |         |         |        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   |  |                             |         |         |        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   |  |                             |         |         |        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Sind Sie interessiert an Selbstzahlerleistungen? (IGEL- Leistungen. Untersuchungen, deren Kosten in der Regel nicht mehr von den Krankenkassen übernommen werden. z.B. eine Untersuchung der Halsschlagadern zur Schlaganfallvorsorge.) | <input type="checkbox"/> Nein  | <input type="checkbox"/> Ja |         |         |        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Vielen Dank für Ihre Mühe!

Ihr Dr. von Berg