

Fragebogen: Herz- und Kreislauferkrankungen

A

Versicherte Person	Geb.-Datum
Weiterleitung an Gesellschaft(en)	

B

1. Allgemeine Angaben (sofern bekannt):

Größe cm	Gewicht kg	RR mmHg	Pulsfrequenz /min
Cholesterin mg%	Triglycerid mg%	Harnsäure mg%	

2. Wie lautet die exakte Diagnose (Mehrfachnennung möglich)?

<input type="checkbox"/> Bluthochdruck	<input type="checkbox"/> zu niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/> Herzinfarkt	<input type="checkbox"/> Kreislaufbeschwerden
<input type="checkbox"/> Herzrhythmusstörungen	<input type="checkbox"/> Angina Pectoris	<input type="checkbox"/> Arterienverkalkung	<input type="checkbox"/> Durchblutungsstörungen
<input type="checkbox"/> koronare Herzkrankheit	<input type="checkbox"/> Sonstiges: _____		

3. Wie äußern sich die Beschwerden?

<input type="checkbox"/> Herzrasen	<input type="checkbox"/> Herzschmerzen	<input type="checkbox"/> Atemnot	<input type="checkbox"/> Kopfschmerzen
<input type="checkbox"/> Ödeme	<input type="checkbox"/> schnelle Ermüdung	<input type="checkbox"/> Gefühlsstörungen wenn ja, wo: _____	
<input type="checkbox"/> Schwindel	<input type="checkbox"/> Sonstiges: _____		

4. Welche Ursachen/Faktoren sind bekannt?

<input type="checkbox"/> angeboren/familiär bedingt	<input type="checkbox"/> Infektion	<input type="checkbox"/> Übergewicht	<input type="checkbox"/> Untergewicht
<input type="checkbox"/> bedingt durch Stress	<input type="checkbox"/> Nierenerkrankung		
<input type="checkbox"/> Sonstige Ursachen/Faktoren: _____			

5. Werte der letzten Blutdruckmessungen?

	Datum	Blutdruck in mm HG systolisch	Blutdruck in mm HG diastolisch
1.			
2.			
3.			

6. Fanden ambulante Behandlungen statt?

Ja | von: _____ bis: _____

Nein

Welche Behandlungen fanden statt (z.B. Lichttherapie)? (Bitte stellen Sie uns Berichte, Werte, o.ä. zur Verfügung)

Medikation

Name	Dosierung
Einnahme seit	<input type="checkbox"/> abgeschlossen seit: _____ <input type="checkbox"/> dauerhaft

Fragebogen: Herz- und Kreislauferkrankungen

B

Untersuchungen

welche

Ergebnis

Sonstiges: _____

7. Fand eine stationäre Behandlung statt?

Ja OP | Datum der OP: _____ Art: _____

OP angeraten | wann: _____ Art: _____

Sonstiges: _____

Nein

8. Fand ein Kur- oder Sanatoriumsaufenthalt statt?

Ja Aufenthalt | von: _____ bis: _____

Aufenthalt angeraten: _____

Sonstiges: _____

Nein

9. Bestanden wg. der o.g. Erkrankungen Zeiten der Arbeitsunfähigkeit?

Ja | von: _____ bis: _____

Nein

10. Besteht Behandlungsfreiheit?

Ja | seit: _____ Nein

11. Besteht Beschwerdefreiheit?

Ja | seit: _____ Nein

Ort, Datum

Unterschrift Kunde