



Dr. med. Werner H. Schöhl
Innere Medizin – Kardiologie

Fragebogen zur Vorbereitung Ihrer Untersuchung!

Vorname:	Nachname:
----------	-----------

Haben Sie derzeit Beschwerden? - Wenn ja, welche und seit wann bestehen diese?

Welche Medikamente nehmen Sie ein?

Name	Dosierung	Häufigkeit (früh/mittags/abends)

Sind bei Ihnen und/ oder Ihrer Familie (Eltern und Geschwister) folgende Erkrankungen bekannt?

Erkrankung	bei Ihnen			Eltern / Geschwister	
	JA	NEIN	Wann (Jahr)?	JA	NEIN
Herzinfarkt/ Koronare Herzkrankheit					
Schlaganfall					
Bluthochdruck					
Gerinnungsstörung / Thrombose					
Schilddrüsenerkrankungen					
Diabetes mellitus					
Durchblutungsstörungen					
Krebserkrankungen					
Sonstiges					

Berufliche Tätigkeit: _____ Allergien: _____

Alter: _____ Größe: _____ cm Gewicht: _____ Kg

Wie viel Zigaretten rauchen Sie am Tag? _____ täglicher Alkoholgenuss JA / NEIN

Treiben Sie regelmäßig Sport? JA / NEIN

Ihre E-Mail Adresse lautet: _____

Bitte deutlich schreiben ! (Zur Terminvereinbarung und/ oder Befundübermittlung)