

VORBEREITUNG AUF MEINE UNTERSUCHUNG



Damit Sie Ihre Sprechstunde optimal nutzen können, sollten Sie sich etwas Zeit nehmen und sich mithilfe dieses Leitfadens zu Ihrer Krankengeschichte vorbereiten. So hat Ihr Arzt dann mehr Zeit für Sie.

Bitte geben Sie
im Folgenden
Ihre persönliche
medizinische,
chirurgische
und familiäre
Vorgeschichte an.

Alter: _____ Jahre

Nehmen Sie täglich
Medikamente?

JA NEIN

Wenn ja, welche? _____

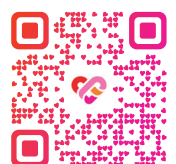
MEINE GYNÄKOLOGISCHE UND GEBURTSHILFLICHE VORGESCHICHTE

- Alter bei der ersten Menstruation _____
- Anzahl der Schwangerschaft(en), einschließlich Fehlgeburten und freiwilliger Schwangerschaftsabbrüche _____
- Anzahl der Kinder _____
- Bestehende Schwangerschaft _____
- Verwenden Sie ein Verhütungsmittel? _____ JA NEIN
Wenn ja, welches? **Name des Verhütungsmittels** _____
- Gab es während meiner Schwangerschaften eine Vorgeschichte von Bluthochdruck? Präeklampsie? Diabetes? Wachstumsverzögerung? Fetal Tod oder Frühgeburt (<37 Schwangerschaftswochen) _____ JA NEIN
- Habe ich eine Vorgeschichte von Endometriose und/oder polyzystischem Ovarialsyndrom? _____ JA NEIN



Agir pour
le Cœur
des Femmes

Women's Cardiovascular Healthcare Foundation



VORBEREITUNG AUF MEINE UNTERSUCHUNG (FORTSETZUNG)



- Hatte ich bereits meine Menopause?
 - > JA NEIN **Alter bei der Menopause** _____
 - > Ich nehme eine Hormonersatztherapie JA NEIN
- Habe ich klimakterische Symptome der Menopause JA NEIN
(Hitzewallungen, Reizbarkeit, Schlafstörungen, Müdigkeit, Gelenkschmerzen, Konzentrationsstörungen, vaginale Trockenheit, Blasenentzündungen ...)
- Habe ich bereits eine Knochendichtemessung wegen meiner Menopause durchführen lassen?
..... JA NEIN
 - > Wenn ja > 5 Jahre < 5 Jahre
- Habe ich eine Vorgeschichte mit gynäkologischen Operationen wie Brust-, Eierstock- oder Gebärmutteroperationen? JA NEIN
- Hatte ich bereits eine gynäkologische Krebserkrankung? Brust, Gebärmutter, Eierstock, Endometrium JA NEIN
 - > **Chirurgischer Eingriff** JA NEIN
 - > **Chemotherapie** JA NEIN
 - > **Strahlentherapie** JA NEIN
 - > **Aromatasehemmer (Hormontherapie)** JA NEIN
- Ist ein Familienmitglied ersten Grades (Mutter, Kinder, Schwestern) an einem gynäkologischen Krebs erkrankt? JA NEIN

MEINE PERSÖNLICHE KARDIOVASKULÄRE VORGESCHICHTE

- Ich habe Bluthochdruck JA NEIN
- Ich nehme Medikamente gegen meinen Bluthochdruck ein, wenn ja, welche?
 - > JA NEIN **Name der Behandlung** _____
- Ich habe Diabetes JA NEIN
- Ich nehme Medikamente gegen Diabetes ein, wenn ja, welche?
 - > JA NEIN **Name der Behandlung** _____
- Ich gehe regelmäßig zu einem Diabetologen, um meinen Diabetes zu überwachen JA NEIN
- Mein letzter Kontrollwert Glykiertes Hämoglobin (HBA1C) betrug _____
- Ich habe eine Vorgeschichte mit Schlafapnoe-Syndrom JA NEIN
 - > Ich habe ein Therapiegerät JA NEIN
- Ich hatte bereits ein depressives Syndrom JA NEIN
 - > Ich werde mit Antidepressiva und/oder Anxiolytika behandelt JA NEIN
 - > **Name der Behandlungen** _____

VORBEREITUNG AUF MEINE UNTERSUCHUNG (FORTSETZUNG)



- Ich wurde bereits am Herzen und/oder an den Koronararterien, den Halsschlagadern oder der Bauchaorta operiert JA NEIN
- Ich hatte bereits Herzrhythmusstörungen JA NEIN
- Ich habe bereits einen Herzinfarkt und/oder einen Schlaganfall und/oder eine TIA erlitten JA NEIN
- Ich leide an Herzinsuffizienz und/oder einer Herzklappenerkrankung JA NEIN
- Ich habe Cholesterin-Plaques in meinen Arterien JA NEIN
- Ich habe ein Aortenaneurysma und/oder mache eine Aortendissektion JA NEIN
- Ich hatte bereits eine Phlebitis und/oder eine Lungenembolie JA NEIN
- Ich habe Probleme mit der Schilddrüse JA NEIN
- Ich habe eine Behandlung für die Schilddrüse JA NEIN

MEINE FAMILIÄRE KARDIOVASKULÄRE VORGESCHICHTE

- Gibt es eine Vorgeschichte von Herz-Kreislauf-Erkrankungen bei meinen Eltern und/oder Geschwistern? Wenn ja, in welchem Alter traten diese Erkrankungen auf?
> JA NEIN **Alter des Auftretens**
- Besteht eine familiäre Fettleibigkeit? JA NEIN
- Gibt es eine Vorgeschichte von Diabetes bei Ihren Eltern und/oder Geschwistern, Kindern? JA NEIN

MEINE MEDIZINISCHE ODER CHIRURGISCHE VORGESCHICHTE



MEINE ALLERGIEN

- Allergien gegen Arzneimittel, Lebensmittel, Iod JA NEIN
> Wenn ja, welche? _____

MEINE LEBENSWEISE

- Ich rauche JA NEIN
- Ich habe mit dem Rauchen aufgehört JA NEIN Jahr des Beginns des Rauchens _____
- Anzahl der Zigaretten/Tag _____
- Ich konsumiere regelmäßig Cannabis, andere Drogen, Energydrinks oder Alkohol JA NEIN
- Ich nehme regelmäßig Medikamente, die abhängig machen können
> (Schlafmittel, Benzodiazepine, Schmerzmittel ...) JA NEIN
- Ich sitze mehr als 7 Stunden am Tag JA NEIN
- Wie viel Zeit verbringe ich pro Woche mit körperlicher Aktivität? _____ Stunden/Woche
- Ich füge meinen Gerichten Salz hinzu und/oder esse Fertiggerichte JA NEIN



MEINE KARDIOVASKULÄREN WARNSYMPTOME

- Kurzatmigkeit JA NEIN
- Herzklopfen, regelmäßig oder nicht JA NEIN
- Tachykardie, regelmäßig oder nicht JA NEIN
- Lipothymie, Synkope JA NEIN
- Angst JA NEIN
- Schmerzen: Brust, Rücken, Nacken, Arme, Kiefer JA NEIN
- Verdauungsstörungen: Übelkeit, Beschwerden in der Magengegend (Magenbrennen, Völlegefühl oder Krämpfe), die auf eine koronare Herzkrankheit hindeuten JA NEIN
- Bauchschmerzen, die im Rhythmus der Mahlzeiten auftreten (arterielle Schädigung des Verdauungstraktes) JA NEIN
- Arterielle Claudicatio (Schmerzen in den Beinen beim Gehen, die auf eine Arteriitis der unteren Gliedmaßen hindeuten) JA NEIN
- Ermüdung bei Anstrengung JA NEIN
- Morgendliche Kopfschmerzen (Kopfwegh) JA NEIN
- Tinnitus, Phosphene JA NEIN
- Erstickungsanfälle oder häufiges nächtliches Wasserlassen JA NEIN

MEINE MEDIZINISCHE BETREUUNG

- Wie oft gehe ich im Laufe eines Jahres für mich selbst zu einem Allgemeinmediziner?
- Gynäkologische Untersuchung jedes Jahr JA NEIN
- Datum der letzten gynäkologischen Untersuchung
- Datum der letzten Mammografie (wenn ich 50 Jahre oder älter bin)
- Datum des letzten Gebärmutterhalsabstrichs
- Gehe ich regelmäßig zu einem Kardiologen oder Gefäßmediziner? JA NEIN
- Wenn ich Diabetikerin bin, werde ich augenärztlich und nierenärztlich betreut? JA NEIN



PRAKTISCHE TIPPS FÜR MEINE SPRECHSTUNDE

- Ich bereite **meinen medizinischen Ordner** (im Format A4) mit farbigen Trennblättern vor, um meine Briefe im Zusammenhang mit Arztbesuchen, Krankenhausaufenthalte und Zusatzuntersuchungen nach Organen (Herz & Gefäße, Rheumatologie, Diabetologie, Endokrinologie, Pneumologie ...) zu ordnen.
- Ich bereite in meinem Ordner **ein Blatt mit den Namen und Kontaktdaten der Ärzte vor, die mich betreuen** (Hausarzt, Kardiologe, Angiologe, Gynäkologe oder Hebamme, Endokrinologe, Lungenspezialist usw.) und mit dem Namen meiner Vertrauensperson.
- Ich bereite in meinem Ordner ein Datenblatt mit **allen meine derzeitigen Behandlungen und meinen bekannten Medikamentenunverträglichkeiten und Allergien** (Beispiel Jodallergie) vor.
- Ich hefte in meinem Ordner **alle meine Rezepte für laufende Behandlungen** ab und bitte meinen Arzt vor der Sprechstunde um ein Rezept für einen **Labortest, wenn meine letzte Blutuntersuchung länger als ein Jahr zurückliegt**.
- Ich hefte in meinem Ordner **alle meine kürzlich durchgeführten Labortests (< 2 Jahre) ab**.
- Ich hefte in meinem Ordner **meine EKG-Untersuchungen und die Protokolle meiner kardiovaskulären Untersuchungen ab**.
- Ich **wiege mich und messe meinen Bauchumfang**.
- Wenn ich ein Gerät zur Selbstmessung des Blutdrucks habe, mache ich **eine Messung meines Blutdrucks über drei Tage** (3 Messungen am Morgen in ruhiger und sitzender Position und 3 Messungen am Abend in ruhiger und sitzender Position vor dem Schlafengehen).
- Ich hefte in meinem Ordner das **Merkblatt ab, das ich gerade ausgefüllt habe**.

