

Fragebogen Brustschmerz



DR. MED. WETTER & STELTER

Datum: _____

Name des Kindes: _____ Geburtsdatum: _____

Seit wann bestehen die Beschwerden? _____

Wo treten die Schmerzen auf? Mitte/Brustbein Links Rechts

Wie oft treten die Beschwerden auf? _____

Sind die Schmerzen im Brustkorb atemabhängig? Ja Nein

Treten die Beschwerden bei Belastung auf? Immer Manchmal Gar nicht

Wie lange halten die Beschwerden an (Sekunden, Minuten, Stunden)? _____

Liegen weitere Beschwerden zur gleichen Zeit vor?

Herzrasen Ja Nein

Herzklopfen Ja Nein

Flimmern vor
den Augen Ja Nein

Tunnelblick Ja Nein

Ohrensausen Ja Nein

Schwindel Ja Nein