

# Fragebogen Herzpatienten



DR. MED. WETTER & STELTER

Datum: \_\_\_\_\_

Name des Kindes: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Was ist der Grund der Untersuchung? \_\_\_\_\_

Welche Beschwerden bestehen? \_\_\_\_\_

Ist schon ein Herzfehler bekannt?  Ja  Nein

Hat sich das Kind bisher normal entwickelt (Größe, Gewicht und mental)?  Ja  Nein

Welche Erkrankungen bestehen sonst noch beim Kind? \_\_\_\_\_

Werden regelmäßig Medikamente eingenommen?  Ja  Nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Besteht ein Bluthochdruck?  Ja  Nein

Wenn ja, wie hoch waren die Werte? \_\_\_\_\_

Leidet das Kind unter einer Belastungs-  
einschränkung oder eingeschränkten Ausdauer?  Ja  Nein

Ist eine Ohnmacht aufgetreten?  Ja  Nein

Gibt es familiäre Erkrankungen?  Ja  Nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_