

Patient ID

#1700651

Date and time of the consultation

01.01.2018 - 16:16

Main symptoms

- 1 **Brustschmerz**
- 2 **Beinschmerz**
- 3 **Herzklopfen**

Chest pain

Leg pain

palpitations

Important notes;
Please be attention

CAVE:
Schwangerschaft möglich

Allergien: Information on Allergy

Pollen
Tierhaare
Medikamente

Name In this field, an etiquet with basic information on the patient will be added

Vorname

Geb.-datum

[Patientenetikett]



Vegetative medical history & Risk Factors

Vegetative u. Risiko-Anamnese:

Angaben vorhanden zu
Fieber
Schlafstörungen
Gewichtsveränderg.
Nachtschweiß

♀ 37 J.
ca. 160 cm
ca. 60 - 70 kg

Subj. Beschwerdedruck:

7 /10

Subjective estimation of symptoms strength

Drugs
Alcohol
Smoking

Drogen
Alkohol
Rauchen

Basic Information: Age, height and weight.

Chosen language

Sprachwahl:
Englisch

1 Brustschmerz/ Herzbeschwerden detailed questions and answers of chest pain

Der Patient/ die Patientin gibt an, **seit 2 Tagen** Schmerzen zu haben. Eine ärztliche Untersuchung ist bislang **nicht** erfolgt. Die Schmerzen sind seit dem Beginn **stärker** geworden.

Wie empfinden Sie die Schmerzen?
andauernd/ mit Herzstolpern

Strahlt der Schmerz aus?
Rücken

In welcher Situation treten die Beschwerden auf?
(andauernd/ atemabhängig/

Wie stark sind die Schmerzen?
mittel

Wo? (s. Abbildung Lokalisierung)

Liegen zusätzliche Symptome vor?
Luftnot/ Unterschenkelanschwellung

Besteht eine Herzerkrankung?
nein

Hatten Sie schonmal einen Herzinfarkt?
nein

Hatten Sie bereits eine Herzkatheteruntersuchung?
noch nie

Gibt es ein auslösendes Ereignis?
Unfall

Haben Sie eine Zuckererkrankung/Diabetes mellitus?
nein

Liegt eine Fettstoffwechselstörung vor?/erhöhte

Cholesterinwerte/Blutfette?
nein

Haben Sie Bluthochdruck?
nein

Sind Sie übergewichtig?
nein

2 Beinschmerz detailed questions on leg pain

Wie lange bestehen die Beschwerden?

1 Woche

Was trifft auf Ihren Schmerz zu?
anhaltend

Wieviel Meter können Sie ohne Beschwerden gehen?

uneingeschränkt

Wo? (s. Abbildung Lokalisierung)

Sind außerdem aufgetreten?

Unfall/ Beinschwellung/ Luftnot/ Herzrhythmus-Störungen

Haben Sie Probleme, das Wasser oder Stuhl zu halten?
nein

3 Herzklopfen detailed questions on palpitations

Seit wann haben Sie die Beschwerden?

1 Tag

Sind die Beschwerden neu aufgetreten?

ja

Was spüren Sie?