1	Wurde bei Ihnen jemals eine der folgenden Krankheiten von einem Arzt festgestellt? (Mehrfachnennungen sind möglich)	Falls ja, wann erstmals? (Sie können Alter <u>oder</u> Jahr angeben)			
		Nein	Ja	In welchem Alter ?	In welchem Jahr?
		☐	☐	_ _ _ Jahre	_ _ _ _ _ (Jahr)
	Herzinfarkt	☐	☐	_ _ _ Jahre	_ _ _ _ _ (Jahr)
	Durchblutungsstörung am Herzen (Angina pectoris / Koronare Herzkrankheit)	☐	☐	_ _ _ Jahre	_ _ _ _ _ (Jahr)
	Herzschwäche (Herzinsuffizienz, „Herzasthma“)	☐	☐	_ _ _ Jahre	_ _ _ _ _ (Jahr)
	Herzrhythmusstörungen	☐	☐	_ _ _ Jahre	_ _ _ _ _ (Jahr)
	Herzklappenfehler	☐	☐	_ _ _ Jahre	_ _ _ _ _ (Jahr)
	Schlaganfall	☐	☐	_ _ _ Jahre	_ _ _ _ _ (Jahr)
	Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus)	☐	☐	_ _ _ Jahre	_ _ _ _ _ (Jahr)
	Bluthochdruck	☐	☐	_ _ _ Jahre	_ _ _ _ _ (Jahr)
	Übergewicht	☐	☐	_ _ _ Jahre	_ _ _ _ _ (Jahr)
	Erhöhtes Cholesterin, erhöhte Blutfettwerte	☐	☐	_ _ _ Jahre	_ _ _ _ _ (Jahr)
	Chronische Lungenerkrankung (Asthma, Bronchitis, chronisch obstruktive Lungenerkrankung (CoPD)	☐	☐	_ _ _ Jahre	_ _ _ _ _ (Jahr)
	Chronische Nierenerkrankung	☐	☐	_ _ _ Jahre	_ _ _ _ _ (Jahr)
	Erkrankung der Schilddrüse	☐	☐	_ _ _ Jahre	_ _ _ _ _ (Jahr)

<p>2 Tragen Sie einen Herzschrittmacher?</p> <p><u>Falls ja</u>, seit wann?</p>	<p>☐ Nein ☐ Weiß nicht ☐ Ja</p> <p>____/____ (Monat) (Jahr)</p>
<p>3 Wurde bei Ihnen jemals eine Gefäßstütze (Stent) eingesetzt?</p> <p><u>Falls ja</u>, wann erstmals?</p>	<p>☐ Nein ☐ Weiß nicht ☐ Ja</p> <p>____/____ (Monat) (Jahr)</p>
<p>4 Wurde bei Ihnen jemals ein Herzkranzgefäß aufgedehnt (Ballondilatation)?</p> <p><u>Falls ja</u>, wann erstmals?</p>	<p>☐ Nein ☐ Weiß nicht ☐ Ja</p> <p>____/____ (Monat) (Jahr)</p>
<p>5 Wurde bei Ihnen eine Bypass-Operation am Herzen durchgeführt?</p> <p><u>Falls ja</u>, wann erstmals?</p>	<p>☐ Nein ☐ Weiß nicht ☐ Ja</p> <p>____/____ (Monat) (Jahr)</p>
<p>6 Hatten Sie nach dem Brustkrebs eine weitere Krebserkrankung?</p> <p><u>Wenn ja</u>, um welche Krebserkrankung handelt es sich und in welchem Jahr ist sie aufgetreten?</p>	<p>☐ Nein ☐ Ja</p> <p>_____ _____ (Andere Krebserkrankung) (Jahr)</p> <p>_____ _____ (Andere Krebserkrankung) (Jahr)</p>