

Anamnesebogen Kardiologie

Liebe Patientin, lieber Patient,

wir freuen uns, Sie in unserer Kardiologischen Gemeinschaftspraxis begrüßen zu dürfen. Für eine optimale Beratung bitten wir um die Beantwortung folgender Fragen:

Persönliche Angaben	
Name: _____	Geburtsdatum: _____
Telefon: _____	Fax: _____
Handy: _____	E-Mail: _____
Hausarzt: _____	

Sind folgende Erkrankungen bei Ihnen bekannt und wenn ja, seit wann?

Ja Nein

- Bluthochdruck** (Wie hoch sind die gemessenen Blutdruckwerte?)
 - Angina pectoris / Verengung der Herzkranzgefäße**
 - Herzinfarkt**
 - Andere Herzerkrankungen / Herzklappenfehler**
 - Diabetes mellitus** (Zuckerkrankheit)
 - Fettstoffwechselstörung** (erhöhte Cholesterinwerte)
 - Schlaganfall**
 - Durchblutungsstörungen der Beine**
-

Ja Nein

- Lungenerkrankungen** (Asthma, chronische Bronchitis)
- Thrombose/Lungenembolie**
- Magen-/Darmerkrankungen**
- Bluterkrankungen/Gerinnungsstörungen**
- Krebserkrankungen**
- Psychische Erkrankungen** (Depressionen, Angsterkrankungen)
- Operationen/Unfälle**
- Schlafstörungen**
- Sonstige Erkrankungen**

Sind in Ihrer Familie (z.B. Eltern, Geschwister, Kinder) folgende Erkrankungen vor dem 60. Lebensjahr aufgetreten?

Ja Nein

- Bluthochdruck**
 - Herzinfarkt**
 - Schlaganfall**
 - Fettstoffwechselstörungen** (erhöhtes Cholesterin)
 - Diabetes mellitus**
-

Wichtig!

Haben Sie bekannte Allergien (vor allem auf Medikamente)?

Allergien: Ja Nein Wenn „Ja“, welche:

Körpergröße: _____ cm **Gewicht:** kg _____

Rauchen: Ja Nein Wenn „Ja“, wie viele Zigaretten täglich? _____
Seit wann? _____

Alkohol: Ja Nein Wenn „Ja“, wie viel und wie häufig? _____
Seit wann? _____

Letzte kardiologische Untersuchung am: _____

Letzter Krankenhausaufenthalt am: _____

In welcher Abteilung/Klinik: _____

Nehmen Sie an einem DMP (Disease Management Programm) teil? Ja Nein

Wenn „Ja“, an welchem? KHK Herzinsuffizienz Diabetes Asthma COPD

Freizeitaktivitäten/Sport: _____

Beruf: _____

Wohnsituation: mit Partner lebend Kinder im Haus berentet allein stehend

Wichtig! Bitte bringen Sie zu jedem Termin in unserer Praxis einen aktuellen Medikamentenplan mit! Dies ist für die Sicherheit Ihrer Therapie unbedingt notwendig.

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit der von mir freiwillig gemachten Angaben und erlaube der Kardiologischen Gemeinschaftspraxis Dr. Bunge/Dr. Garling/Dr. Seifert, diese Angaben in meiner Patientenakte zu speichern.

Datum: _____

Unterschrift: _____