

Anamnesebogen Kardiologie

Liebe Patient*innen

Wir freuen uns, Sie in der Praxis für Kardiologie begrüßen zu dürfen. Um Sie optimal beraten zu können, bitten wir Sie diesen Fragebogen ausfüllen.

Persönliche Daten

Name:..... Vorname:.....
Geb. Datum:..... Hausarzt:.....

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

Ja **Nein**

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Bluthochdruck
Wie hoch sind Ihre gemessenen Blutdruckwerte:..... |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Angina pectoris / Verengung der Herzkranzgefäße |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Herzinfarkt |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Andere Herzerkrankungen / Herzklappenfehler |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Diabetes mellitus |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Fettstoffwechselstörung / erhöhte Cholesterinwerte |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Schlaganfall |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Durchblutungsstörung der Beine |
|
 | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Lungenerkrankungen / Asthma bronchiale, chronische Bronchitis |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Thrombose / Lungenembolie |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Magen- / Darmerkrankungen |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Bluterkrankungen / Gerinnungsstörungen |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Krebserkrankungen |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Psychische Erkrankungen / Depressionen / Angsterkrankungen |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Schlafstörung / Schlafapnoe (Schnarchen, Atemaussetzer) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Sonstige Erkrankungen |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Stationäre Aufenthalte und / oder Voroperationen
Wenn Ja, welche / wann? |
| | | |
| | | |

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

Ja **Nein**

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Bluthochdruck |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Herzinfarkt |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Schlaganfall |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Fettstoffwechselstörungen / erhöhtes Cholesterin |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Diabetes mellitus |

Unter welchen Beschwerden leiden Sie aktuell?

- | Ja | Nein | |
|--------------------------|--------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Enge-/Druckgefühl im Brustkorb |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Schmerzen im Brustkorb |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Atemnot in Ruhe |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Atemnot unter Belastung |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Herzstolpern / Herzrasen |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Schwindel /Ohnmachtsanfälle |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Wassereinlagerungen |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Schmerzen in den Beinen bei Belastung |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Innere Unruhe / Angst / Depressionen |

Freitext:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Weiteres:

Körpergrösse:..... cm **Gewicht:** kg

Ja **Nein**
 Haben Sie bekannte Allergien (vor allem gegen Medikamente)?
Wenn Ja, welche?

Ja **Nein**
 Rauchen Sie?
Wenn Ja, wie viel und wie häufig?
Seit wann?

Ja **Nein**
 Trinken Sie Alkohol?
Wenn Ja, wie viel und wie häufig?
Seit wann?

Ja **Nein**
 Haben Sie regelmässigen Stuhlgang?
Wenn Nein, wie ist Ihr Stuhlverhalten?
Seit wann?

Ja **Nein**

 Müssen Sie in der Nacht Wasserlösen?

Wenn Ja, wie viel und wie häufig?

Seit wann?

Freizeitaktivitäten / Sport:.....

Welche Medikamente nehmen Sie ein:

(Bitte Tabelle unten ausfüllen oder Medikamentenliste zum Termin mitbringen)

Medikament inkl. Dosierung	morgens	mittags	abends

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit meiner freiwillig gemachten Angaben und gestatte der Praxis für Kardiologie, meine Daten in meiner Patientenakte zu hinterlegen. Diese Angaben sind ausschließlich für den internen Gebrauch meiner Behandlung in der Praxis für Kardiologie vorgesehen und dürfen nicht an Dritte weitergegeben werden.

Ort / Datum:..... Unterschrift:.....