



ANAMNESEBOGEN

Liebe Patientin, lieber Patient!

Wir begrüßen Sie in unserer Kardiologischen Gemeinschaftspraxis. Für eine optimale Beratung und Versorgung bitten wir Sie, den Fragebogen möglichst sorgfältig auszufüllen. Sie unterstützen uns mit Ihren Angaben bei einem effizienten Sprechstundenablauf. Vielen Dank!

PERSÖNLICHE ANGABEN

Name/Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Straße: _____

PLZ, Stadt: _____

Telefon: _____ Mobil-Nr.: _____

E-mail: _____

Krankenkasse: _____

Private Zusatzversicherung: ja, welche _____ Nein

Hausarzt (Name/Ort): _____

Überweiser: _____

Körpergröße in cm: _____ Gewicht in kg: _____

AKTUELLE MEDIKATION:

siehe beiliegender Verordnungsplan, oder:

Medikament	Dosis (mg)	morgens	mittags	abends



ANAMNESEBOGEN

BESTEHEN BEI IHNEN FOLGENDE RISIKOFAKTOREN?

Arterielle Hypertonie (Bluthochdruck) ja nein

Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit) ja nein

Hyperlipoproteinämie (erhöhter Cholesterinspiegel) ja nein

Herzerkrankungen in Ihrer Familie ja nein

(wenn ja, welche? z.B. Herzinfarkt, Stents, Bypässe, Schlaganfall, Bluthochdruck)

Rauchen Sie oder haben Sie geraucht? nie ja, seit _____ ja, von _____ bis _____

Wenn ja, wie viele Zigaretten pro Tag _____

Wurden Sie schon einmal aufgrund einer Herzerkrankung untersucht? Nein Ja (wo? warum?)

Haben Sie Beschwerden (Grund des Besuchs in unserer Praxis)? _____

Haben Sie andere Vorerkrankungen, Operationen etc.? Wenn ja, welche: _____

Mit meiner Unterschrift erkläre ich mich mit der elektronischen Speicherung, praxisinternen Bearbeitung und Nutzung meiner Daten einverstanden. Alle Angaben unterliegen nach § 203 StGB der ärztlichen Schweigepflicht sowie den Bestimmungen des Datenschutzes und werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

Bitte geben Sie den Fragebogen am Empfang ab. Herzlichen Dank!

Datum _____ Unterschrift Patient/in _____