



## 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: \_\_\_\_\_

---

---

---

---

Unsere Praxis wird nach dem Bestellsystem geführt. Sollten Sie Ihren Termin nicht wahrnehmen können, sagen Sie bitte mindestens 24 Stunden vorher ab. Bei nicht Erscheinen ohne fristgerechte Absage berechnen wir ein pauschaliertes Ausfallhonorar (gemäß § 615 BGB) in Höhe von € 50,00.

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

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift Patient/in \_\_\_\_\_