

## Anamnesebogen Kardiologie

Liebe Patient\*innen,

wir begrüßen Sie herzlich in unserer kardiologischen Facharztpraxis. Für eine optimale Betreuung bitten wir Sie, den Fragebogen nach bestem Wissen auszufüllen. Besonders, wenn Sie zum **ersten Mal** bei uns in Behandlung sind, unterstützen Sie uns mit Ihren Angaben bei einem effizienten Sprechstundenablauf.

Persönliche Angaben	
Name: _____	Geburtsdatum: _____
Vorname: _____	
Tel.(Festnetz): _____	Hausarzt: _____
Mobil-Nr.: _____	Überweiser: _____
E-Mail: _____	

Ja	Nein	Herz-/Gefäßerkrankungen	Eigene Angaben
		Koronare Herzerkrankung / Angina pectoris	
		Herzinfarkt	
		Herzklappenerkrankung	
		Herzschwäche	
		Herzrhythmusstörungen	
		Vorhofflimmern	
		Andere Herzerkrankungen	
		pAVK (Durchblutungsstörungen der Beine)	
		Schlaganfall / TIA	

		Synkope / Bewußtlosigkeit	
--	--	---------------------------	--

Ja	Nein	Kardiovaskuläre Risikofaktoren	Eigene Angaben
		Bluthochdruck	
		Diabetes mellitus	
		Fettstoffwechselstörung	
		Rauchen	
		Familiäre Belastung (erstgradige Verwandte mit schwerer Herzkrankheit, z.B. auch plötzlicher Herztod)	
		Adipositas	
		Obstruktives Schlafapnoesyndrom (ggf. mit Maske)	

Ja	Nein	Andere Erkrankungen	Eigene Angaben
		Thrombose / Lungenembolie	
		Lungenerkrankung (COPD /Asthma bronchiale)	
		Magen-Darm-Erkrankungen	
		Bluterkrankungen	
		Krebserkrankungen	
		Psychische Erkrankungen	
		Nierenerkrankungen	
		Andere Erkrankungen	

Sind bereits Eingriffe am Herzen durchgeführt worden ?

Ja	Nein	Vor-Operationen	Eigene Angaben
		PTCA / Stentimplantation	
		Bypassoperation	
		Herzklappenersatz / - rekonstruktion /- clip	
		Herzschrittmacher / implantierbarer Defibrillator	
		Elektrophysiologischer Eingriff (EPU, „Verödung“)	
		Kardioversion („Elektroschock“)	
		Andere (z.B. LAA Occluder, PFO Verschuß)	

Aktuelle Medikation (möglichst Medikamentenplan, sonst bitte eintragen)

Medikament	Dosis	Morgens	Mittags	Abends

Weitere Angaben:

Körpergröße (cm)	
Körpergewicht (kg)	
Allergien (ja/ nein/wenn ja, welche)	
Rauchen (ja/ nein)	
Wenn ja, Zigaretten/Tag	
L e t z t e kardiologische Untersuchung	
Teilnahme am DMP-Programm KHK (ja/nein)	

Mit der Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben. Der Anamnesebogen wird elektronisch in der Akte hinterlegt und kann nach Aufforderung jederzeit gelöscht werden. Die Angaben dienen dem internen Gebrauch und werden nicht an Dritte weitergegeben.

---

Datum

---

Unterschrift