

# Kardiologische Gemeinschaftspraxis Dinslaken

## Anamnesebogen

Nachname: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geb.: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_ Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient, wir möchten Sie bitten folgende Fragen zu beantworten. Wenn Sie Hilfe benötigen, so wenden Sie sich bitte an uns.

Aktuelle Größe: \_\_\_\_\_ cm      Aktuelles Gewicht: \_\_\_\_\_ Kg      Beruf: \_\_\_\_\_

Sind Sie im Krankenhaus zusatzversichert? ja  nein   
wenn ja: Chefarzt: ja  nein  1 Bett  oder 2 Bett

Name Ihres Hausarztes: \_\_\_\_\_

Waren Sie im Krankenhaus? Wenn ja, wann und wo: (Bitte Unterlagen bei der Anmeldung abgeben)

Aktuelle Medikation (Medikamentenplan dabei? Bitte vorlegen)

Keine Änderung

	Name	Wirkstärke	Morgens	Mittags	Abends	zur Nacht
1						
2						
3						
4						
5						
6						

Bitte nehmen Sie sich auch kurz Zeit für die folgenden Fragen:

Ist bei Ihnen Bluthochdruck bekannt?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Wenn ja, seit wann:
Rauchen Sie?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Menge/Tag: Aufgehört seit:
Ist eine Zuckererkrankung bei Ihnen bekannt? Insulin      Tabletten      Diät	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	HbA1c Wert:      Zuckerwert: Komplikationen:
Sind Ihnen Herzerkrankungen in der Verwandtschaft bekannt?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Wenn ja, welche:
Wesentliche Vorerkrankungen, Allergien? (z.B. Hepatitis, HIV, Kontrastmittelallergie)	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Wenn ja, welche:
Sind erhöhte Blutfettwerte bekannt?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Laborwerte dabei?
Haben Sie eine erhöhte Harnsäure/Gicht?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Laborwerte dabei?
Hatten Sie eine COVID-19-Infektion?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Wenn ja, wann:
Sind Sie gegen COVID geimpft	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Wie oft: / Letzte Impfung am:
Waren Sie in den letzten 14 Tagen in einem Corona-Risikogebiet?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	

**Danke für Ihre Unterstützung.**

**Ihr Praxis Team**