

# Anamnesefragebogen

Liebe Patientin, lieber Patient,

für eine exakte und problemorientierte Erfassung Ihrer Krankheitsvorgeschichte bitten wir Sie, unseren Fragebogen sorgfältig auszufüllen.

Der Anamnesebogen ist Teil Ihrer Krankenakte und unterliegt dem Datenschutz.

**Name:**

**Vorname:**

**Alter:**

**Telefonnummer:**

**Hausarzt:**

1. Welche Beschwerden führen Sie in unsere Praxis?

Bestehen bei Ihnen gesicherte Erkrankungen des Herz- oder Kreislaufsystems, wie

- |  |                             |                               |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| - Herzinfarkt                            | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| - Zustand nach Bypass-Operation          | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| - Zustand nach PTCA<br>(Gefäßaufdehnung) | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| - Herzrhythmusstörungen                  | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| - Klappenfehler                          | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| - Herzschwäche                           | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |

2. Sind bei Ihnen sogenannte klassische Risikofaktoren für Herz- und Gefäßerkrankungen bekannt wie

- |                             |                             |   |
|-----------------------------|-----------------------------|---|
| - Bluthochdruck             | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/>                   |
| - Fettstoffwechselstörungen | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/>                   |
| - Zuckerkrankheit           | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/>                   |
| - Rauchen Sie?              | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> Wenn ja, wieviel: |

Gibt es bei Familienangehörigen:

- |                    |                             |                               |
|--------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| - Herzinfarkt      | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| - Herz-Operationen | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| - Schlaganfall     | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| - Zuckerkrankheit  | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |

3. Wie groß und wie schwer sind Sie?

Körpergröße:                      cm                      Gewicht:                      kg

4. Welche Medikamente nehmen Sie ein?

5. Sind bei Ihnen Allergien bekannt?                      ja                       nein   
Wenn ja, welche:

6. Haben Sie schon einmal ein Röntgen-Kontrastmittel bekommen?  
Wenn ja, haben Sie es vertragen?                      ja                       nein

7. Gibt es in Ihrer Krankenvorgeschichte /oder leiden Sie an:

- Erkrankung der Lunge                      ja                       nein
- Erkrankung der Nieren                      ja                       nein
- Erkrankung der Schilddrüse                      ja                       nein
- Thrombose oder Bluterkrankungen                      ja                       nein
- Erkrankung der Leber                      ja                       nein
- Erkrankung des Nervensystems                      ja                       nein
- Erkrank. des Magen-Darm-Traktes                      ja                       nein

8. Haben bei Ihnen Operationen stattgefunden?                      ja                       nein   
Wenn ja, welche:

**9. Bitte entbinden Sie uns mit Ihrer Unterschrift von unserer Schweigepflicht, so dass wir Ihre medizinischen Unterlagen von anderen behandelnden Ärzten anfordern dürfen bzw. dass wir Befunde an Ihren überweisenden Arzt und in zwingenden Fällen an andere anfordernde Ärzte weitergeben dürfen.**

ja                       nein

Wir danken Ihnen vielmals für Ihre Mitarbeit im Sinne einer umfassenden Beurteilung Ihres Gesundheitszustandes.

gez. Dr. med. S. Reinhardt    gez. Dr. med. D. Jurisch

Datum: .....                      Unterschrift .....