



Anamnesefragebogen der kardiologischen Gemeinschaftspraxis im Internistenteam Kamen

Persönliche Daten

Herr/Frau, Vorname, Name:.....

Geb. datum:.....

Telefon (privat):.....

Telefon (mobil):.....

E-mail:.....

Adresse:.....

Beruf:.....

Krankenkasse:.....

Hausarzt:.....

Größe:.....

Gewicht:.....

Medizinische Angaben

Alle Angaben über Ihren Gesundheitsstatus unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und werden streng vertraulich behandelt.

Bitte kreuzen Sie das für Sie zutreffende an:

Weshalb suchen Sie unsere Praxis auf? Routinekontrolle/akute Beschwerden

Ich verspüre bzw. aufgetreten ist:

Druck im Brustkorb: ja/nein

Falls ja: unter körperlicher Anstrengung ja/nein

in Ruhe ja/nein

Luftnot: ja/nein

Falls ja: bereits in Ruhe ja/nein

Nach 1 Etage Treppensteigen ja/nein

Nach 2 Etagen Treppensteigen ja/nein

Nach 3 Etagen Treppensteigen ja/nein

Herzrasen/Herzstolpern ja/nein

Kollaps oder Bewusstlosigkeit ja/nein

wenn ja, wann?

Vorerkrankungen/Risikofaktoren

Diabetes ja/nein

Erhöhter Blutdruck ja/nein

Erhöhte Cholesterinwerte ja/nein

Zigarettenkonsum ja/nein

Wenn ja, wieviel Zigaretten/Tag? <5Zig.

5-10 Zig.

10-20Zig.

>20 Zig.

Pfeife

Gehäuftes Auftreten von Herz-Kreislauf Erkrankungen in der Familie ja/nein

Folgende Medikamente habe ich in der Vergangenheit nicht vertragen:

Bitte beachten Sie, dass für eine medikamentöse Therapieempfehlung durch uns eine genaue Angabe Ihrer Medikamentenpräparate, der Dosierung, und der Einnahme Zeitpunkt erforderlich sind.

Für Ihre Behandlung in unserer fachkardiologischen Schwerpunktpraxis benötigen Sie einen gültigen Überweisungsschein von Ihrem Hausarzt mit entsprechender Fragestellung.

Ich erkläre mich mit der elektronischen Speicherung und Bearbeitung meiner Daten sowie dem Berichtversand auch per Fax einverstanden. Zudem verpflichte ich mich vereinbarte Behandlungstermine einzuhalten bzw. mindestens 2 Tage vor dem vereinbarten Termin abzusagen.

Ort und Datum:

Unterschrift: