

Anamnesefragebogen der kardiologischen Gemeinschaftspraxis im Internistenteam Kamen



Persönliche Daten

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

Geb. datum:.....

Telefon (privat):.....

Telefon (mobil):.....

E-mail:.....

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

Vorhofflimmern bekannt ja/nein

wenn ja, seit wann?

Zustand nach Herzinfarkt ja/nein

wenn ja, wann aufgetreten?

Zustand nach Herz Bypass Operation ja/nein

wenn ja, Datum der OP und wo?

Zustand nach anderen Herz OPs (z.B. Herzklappe) ja/nein

wenn ja, Datum der OP und wo?

Zustand nach Stent Versorgung am Herzen ja/nein

wenn ja, Datum der Stent Versorgung und wo?

Zustand nach Schrittmacher, Defibrillator OP ja/nein

wenn ja, Datum der OP und wo?

Bitte bringen Sie ärztliche Berichte über eventuelle Operationen oder Stent-Versorgungen mit in die Sprechstunde. Sollten Ihnen selber keine Unterlagen vorliegen, bitten Sie Ihren Hausarzt, Ihnen entsprechende Kopien mitzugeben. Bringen Sie ebenso für eine optimale Beurteilung Ihres Gesundheitszustandes eine Kopie Ihrer aktuellen Laborbefunde (Cholesterinwerte, Blutbild, Nierenwerte...) von Ihrem Hausarzt mit.

Ich nehme folgende Medikamente ein:

Name	Dosis in mg	Zeitpunkt der Einnahme

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: