

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

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?

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

.....

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: