

Anamnesebogen



CARDIOPUNKT

Liebe Patientin, lieber Patient!

Wir freuen uns sehr Sie bei **CARDIOPUNKT** in Krefeld begrüßen zu dürfen. Um Sie optimal beraten und ggfs. behandeln zu können, bitten wir Sie den folgenden Fragebogen auszufüllen.

Persönliche Daten

Name: _____ **Geburtsdatum:** _____
Telefon: _____ **Fax:** _____
Handy: _____ **E-Mail:** _____
Hausarzt: _____

Sind folgende Erkrankungen bei Ihnen bekannt und wenn ja, seit wann?

Ja **Nein**

- Bluthochdruck**
Wie hoch sind Ihre gemessenen Blutdruckwerte: _____
- Angina pectoris/Verengung der Herzkranzgefäße**
- Herzinfarkt**
- Andere Herzerkrankungen/Herzklappenfehler**
- Diabetes mellitus**
- Fettstoffwechselstörung/erhöhte Cholesterinwerte**
- Schlaganfall**
- Durchblutungsstörung der Beine**

Ja **Nein**

- Lungenerkrankungen/Asthma bronchiale, chronische Bronchitis**
- Thrombose/Lungenembolie**
- Magen-/Darmerkrankungen**
- Bluterkrankungen/Gerinnungsstörungen**
- Krebserkrankungen**
- Psychische Erkrankungen/Depressionen/Angsterkrankungen**
- Operationen/Unfälle**
- Schlafstörung**
- Sonstige Erkrankungen**

Sind in Ihrer blutsverwandten Familie (z.B. Eltern, Geschwister, Kinder) folgende Erkrankungen vor dem 60. Lebensjahr aufgetreten?

Ja **Nein**

- Bluthochdruck Schlaganfall
- Herzinfarkt Diabetes mellitus
- Fettstoffwechselstörungen,
erhöhtes Cholesterin

Wichtig!

Haben Sie bekannte Allergien (vor allem gegen Medikamente)?

Allergien: Ja Nein Wenn „Ja“, welche: _____

Körpergröße: _____ cm **Gewicht:** _____ kg
Für Patienten ab 35 Jahre: Wann war Ihr letzter **Check-up?** _____

Rauchen: Ja Nein Wenn „Ja“, wie viele Zigaretten täglich:
Seit wann: _____

Alkohol: Ja Nein Wenn „Ja“, wie viel und wie häufig: _____
Seit wann : _____

Letzte **EKG/Belastungs-EKG** am: _____

Letzte **Langzeit Blutdruckmessung:** _____

Nehmen Sie an einem **DMP** (Disease Management Programm) teil? Ja Nein

Wenn „Ja“, an welchem: KHK Asthma COPD Diabetes

Freizeitaktivitäten/Sport: _____

Beruf: _____

Wohnsituation: mit Partner lebend Kinder im Haus berentet allein stehend

Wichtig! Bringen Sie zu jedem Termin eine aktuelle Übersicht Ihrer Medikamente mit!

Welche Medikamente nehmen Sie ein (**Bitte Angabe des Präparates und der Dosis**):

Medikament	Dosis	morgens	mittags	abends	nachts

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit meiner freiwilligen Angaben und gestatte der Praxis **CARDIOPUNKT**, meine Daten zu speichern.

Meine gemachten Angaben sind ausschließlich für den internen Gebrauch vorgesehen und dürfen nicht an Dritte weitergegeben werden.

Datum

Unterschrift