

Anamnesebogen für kardiologische Patienten:

Wir möchten Sie bitten folgenden Bogen so gut es geht auszufüllen, um Ihren Beschwerden am besten gerecht zu werden.

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Handynummer/Telefon _____ E-Mail: _____

Krankenkasse: _____ Hausarzt: _____

Haben sie eine der folgenden Beschwerden

<input type="checkbox"/>	Kurzatmigkeit bei körperlicher Anstrengung	<input type="checkbox"/>	Schmerzen/Beklemmung im Brustbereich in Ruhe
<input type="checkbox"/>	Kurzatmigkeit in Ruhe	<input type="checkbox"/>	Schmerzen/Beklemmung im Brustbereich bei Belastung
<input type="checkbox"/>	Herzrasen/Aussetzer/Unregelmäßigkeit im Puls	<input type="checkbox"/>	Schwindel
<input type="checkbox"/>	Bewusstlosigkeit	<input type="checkbox"/>	Müdigkeit/Schwäche
<input type="checkbox"/>	Geschwollene Beine	<input type="checkbox"/>	

Risikofaktoren für Herz-Kreislauf-Erkrankungen

<input type="checkbox"/>	Diabetes mellitus/ Zuckerkrankheit	<input type="checkbox"/>	Fettstoffwechselstörung
<input type="checkbox"/>	Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/>	Hypertonie/erhöhter Blutdruck
<input type="checkbox"/>	Übergewicht	<input type="checkbox"/>	Rauchen
<input type="checkbox"/>	Familiäre Häufung von Herzerkrankungen	<input type="checkbox"/>	

Leiden Sie an eine der folgenden Erkrankungen:

<input type="checkbox"/>	Herz-Kranzgefäßerkrankung/Herzinfarkt	<input type="checkbox"/>	Niereninsuffizienz (Nierenschwäche)
<input type="checkbox"/>	Herzrhythmusstörungen	<input type="checkbox"/>	PAVK/CAVK (Durchblutungsstörung der Beine bzw. des Gehirns)
<input type="checkbox"/>	Vorhofflimmern/Vorhofflattern	<input type="checkbox"/>	Angeborener Herzfehler
<input type="checkbox"/>	Herzschwäche	<input type="checkbox"/>	Karzinom (Krebsleiden)
<input type="checkbox"/>	Herzmuskelentzündung	<input type="checkbox"/>	Lungenerkrankung (z.B. Asthma, chronische Bronchitis)
<input type="checkbox"/>	Lungenhochdruck, Lungenembolie	<input type="checkbox"/>	

Haben sie in der Vergangenheit eine der folgenden Untersuchungen /Eingriffe erhalten

<input type="checkbox"/>	Herzkatheter-Untersuchung (evtl. mit Stent-Anlage an den Herzkranzgefäßen)	<input type="checkbox"/>	Operative Anlage von Herzbybässen oder sonstige Herzoperationen
<input type="checkbox"/>	Elektrophysiologische Untersuchung am Herzen	<input type="checkbox"/>	Anlage einer künstlichen Herzklappe
<input type="checkbox"/>	Pulmonalvenenisolation/Ablation	<input type="checkbox"/>	Schrittmacher-Anlage

Medikationsplan bitte auf der Rückseite ausfüllen oder einen Bundesmedikationsplan abgeben

