

Anamnesebogen für kardiologische Patienten:

Wir möchten Sie bitten, folgenden Bogen so gut es geht auszufüllen.

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Handynummer/Telefon _____ E-Mail: _____

Krankenkasse: _____ Hausarzt: _____

Haben Sie eine der folgenden Beschwerden

<input type="checkbox"/>	Kurzatmigkeit in Ruhe	<input type="checkbox"/>	Schmerzen/Beklemmung in Ruhe
<input type="checkbox"/>	Kurzatmigkeit unter leichter Belastung	<input type="checkbox"/>	Schmerzen/Beklemmung unter leichter Belastung
<input type="checkbox"/>	Kurzatmigkeit bei körperlicher Anstrengung	<input type="checkbox"/>	Schmerzen/Beklemmung bei körperlicher Anstrengung
<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"/>	Herzkranzgefäßerkrankung/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 Herz-Bypassen oder sonstige Herzoperationen
--------------------------	--	--------------------------	--

