

## ANAMNESEBOGEN KARDIOLOGIE

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

wir freuen uns, Sie in unserem Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) im Fachbereich Kardiologie begrüßen zu dürfen.

Um Ihren Besuch optimal zu gestalten, benötigen wir Ihre Mithilfe. Wir bitten Sie, diesen Bogen gewissenhaft auszufüllen, damit wir möglichen Risiken vorbeugen können.

Alle Angaben unterliegen der Schweigepflicht des Arztes und seiner Mitarbeiter.

Ihr Praxisteam vom MVZ Dr. Renard & Kollegen, der ZfA MVZ GmbH und ZfG MVZ GmbH

### PERSÖNLICHE ANGABEN

Name	Vorname	Geburtsdatum
Straße	PLZ, Ort	
Telefon Festnetz	Telefon Mobil	E-Mail
Größe	Gewicht	Krankenkasse
Arbeitgeber	Beruf / Tätigkeit	
Hausarzt		

Folgende Erkrankungen sind bekannt, bitte ankreuzen:

Herz- / Kreislauferkrankung  ja  nein

Stent | wo: \_\_\_\_\_  erhöhter Blutdruck  Herzschwäche/-insuffizienz

Herzinfarkt  Herzrhythmusstörungen  Herzschrittmacher

Herzklappenersatz | welcher: \_\_\_\_\_  Vorhofflimmern

sonstige: \_\_\_\_\_

**Lungenerkrankung**     ja     nein

- Asthma bronchiale                       Chronische Bronchitis                       sonstige: \_\_\_\_\_

**Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit)**     ja     nein

- Diabetes mellitus Typ 1                       Diabetes mellitus Typ 2                       Insulinpflichtig  
 Diabetischer Fuß                       Diab. Augenschädigung                       Diab. Nierenschwäche  
 sonstige: \_\_\_\_\_

**Schilddrüsenerkrankung**     ja     nein

- Schilddrüsenunterfunktion                       Schilddrüsenüberfunktion                       Morbus Hashimoto  
 Morbus Basedow                       Radiojodtherapie | wann: \_\_\_\_\_  
 Schilddrüsenoperation | wann: \_\_\_\_\_                       sonstige: \_\_\_\_\_

**Rheumatologische Erkrankung**     ja     nein

- Rheumatoide Arthritis                       Psoriasisarthritis                       Morbus Bechterew  
 sonstige: \_\_\_\_\_

**Magen-Darm-Erkrankung**     ja     nein

- Morbus Crohn                       Darmkrebs                       Colitis ulcerosa  
 Darmpolyp(en)                       Refluxkrankheit / Sodbrennen                       Magenschleimhautentzündung  
 Nahrungsmittelunverträglichkeiten | welche: \_\_\_\_\_  
 sonstige: \_\_\_\_\_

**Leber-/ Gallenkrankheit**     ja     nein

- Leberwerterhöhung                       chronische Hepatitis | welche: \_\_\_\_\_     (Frühere) Gelbsucht  
 Fettleber                       Gallensteine                       Leberzirrhose  
 sonstige: \_\_\_\_\_

**Stoffwechselerkrankung**     ja     nein

- erhöhtes Cholesterin                       erhöhte Harnsäure / Gichtanfälle

**Nierenerkrankung**     ja     nein

- chronische Nierenerkrankung                       Nierensteine                       Harninkontinenz
- Häufige Harnwegsinfekte                       sonstige: \_\_\_\_\_

**Erkrankung der Psyche**                       ja     nein

- Depression                       Psychosomatische Erkrankung                       Psychose
- dauerhafte nervliche Belastung                       sonstige: \_\_\_\_\_

**Erkrankung des Nervensystems**                       ja     nein

- Schlaganfall                       Lähmungen | wo: \_\_\_\_\_
- Morbus Parkinson                       Multiple Sklerose                       Karpaltunnelsyndrom | Seite: \_\_\_\_\_
- Epilepsie                       Polyneuropathie                       sonstige: \_\_\_\_\_

**Sonstige**     ja     nein

- Krebserkrankungen | welche, wann: \_\_\_\_\_  Infektionskrankheiten (z.B. HIV, Hep B / C, Tbc)
- Operationen | welche: \_\_\_\_\_  Ohnmachtsanfälle
- Blutgerinnungsstörung                       Leukämie / Lymphome                       sonstige: \_\_\_\_\_

**Bestehen Allergien oder Medikamentenunverträglichkeiten?**

wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

**Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?** (ggf. auch Rückseite nutzen)

welche und wann: \_\_\_\_\_

**Vegetative Angaben**

- |                                       | ja                       | nein                     |   |
|---------------------------------------|--------------------------|--------------------------|---|
| Treiben Sie regelmäßig Sport?         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | wenn ja, welchen   wie oft? _____   |
| Besteht derzeit eine Schwangerschaft? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | wenn ja, Geburtstermin: _____   |
| Rauchen Sie?                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | wenn ja, wie viel: _____ /Tag seit: _____   |
| Trinken Sie regelmäßig Alkohol?       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | wenn ja, wie viel: _____ /Tag seit: _____   |
|                                       |                          |                          | welchen: <input type="checkbox"/> Wein <input type="checkbox"/> Bier <input type="checkbox"/> Spirituosen |
| Nehmen Sie Drogen?                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | wenn ja, welche: _____  |

Gab es in der Familie (Eltern, Geschwister) eine der folgenden Erkrankungen:

ja  nein

Herzinfarkt vor dem 60. Lj.

Darmpolyp(en)

Diabetes mellitus

Schlaganfall vor dem 60. Lj.

Darmkrebs

Stoffwechselerkrankung | welche:

Plötzlicher Herztod

Andere Krebserkrankungen | welche: \_\_\_\_\_

sonstige: \_\_\_\_\_

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Internet:

Empfehlung:

Stammpatient seit mind. 2 Jahren

Facebook / Instagram / TikTok

Privat

Im Vorbeigehen / Praxisschild

Google

Arzt

Zeitung / örtl. Mitteilungsblatt

Jameda

Ich bin damit einverstanden, dass die Mitarbeiter unserer Praxen (MVZ Dr. Renard & Kollegen, ZfA MVZ GmbH und ZfG MVZ GmbH) mich wegen anstehenden Untersuchungen, Behandlungen, ärztlichen Befunden und weiteren Informationen per unverschlüsselter E-Mail und mittels anderen elektronischen Datenverkehr (z. B. SMS/Messenger) kontaktieren dürfen.

Mir ist dabei bekannt, dass diese Daten unter bestimmten Umständen durch Dritte abgefangen werden können oder das Risiko einer nicht korrekten Übermittlung an einen falschen Empfänger besteht. (ggf. streichen)

Ort, Datum

Unterschrift

Wir freuen uns nach Ihrer Behandlung auf Ihr Feedback:

