

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:

