

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 und der ZfA 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

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Stent wo: _____ | <input type="checkbox"/> erhöhter Blutdruck | <input type="checkbox"/> Herzschwäche/-insuffizienz |
| <input type="checkbox"/> Herzinfarkt | <input type="checkbox"/> Herzrhythmusstörungen | <input type="checkbox"/> Herzschrittmacher |
| <input type="checkbox"/> Herzklappenersatz welcher: _____ | <input type="checkbox"/> Vorhofflimmern | |
| <input type="checkbox"/> 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: _____
(auch ausgeheilte) 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?

Suchmaschine

Telefonbuch / Gelbe Seiten

Im Vorbeigehen

Radio

Flyer

Praxis Dr. Renard & Kollegen

Webseite

Jameda

Empfehlung / sonstiges: _____

Facebook / Instagram

Örtl. Mitteilungsblatt

Ich bin damit einverstanden, dass die Mitarbeiter unserer Praxen (MVZ Dr. Renard & Kollegen, ZfA MVZ GmbH und ZfG MVZ GmbH) mich über anstehende Untersuchungen, Behandlungen, Aktionen und ärztliche Befunde informieren dürfen. (ggf. streichen)
Mir ist bekannt, dass ich meine Zustimmung jederzeit widerrufen kann.

Ort, Datum

Unterschrift

Wir freuen uns nach Ihrer Behandlung auf Ihr Feedback:

