

MVZ Kardiologie Dinslaken

Anamnesebogen

Nachname: _____ Vorname: _____ Geb.: _____

Telefon: _____ Mobil: _____

Adresse: _____

Email: _____ Krankenkasse: _____

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient, wir möchten Sie bitten folgende Fragen zu beantworten. Wenn Sie Hilfe benötigen, so wenden Sie sich bitte an uns.

Aktuelle Größe: _____ cm Aktuelles Gewicht: _____ Kg Beruf: _____

Sind Sie im Krankenhaus zusatzversichert? ja nein ,

wenn ja: Chefarzt: ja nein , 1 Bett oder 2 Bett

Name Ihres Hausarztes: _____

Waren Sie im Krankenhaus? Wenn ja, wann und wo: (Bitte Unterlagen bei der Anmeldung abgeben)

Aktuelle Medikation (Medikamentenplan dabei? Bitte vorlegen)

Keine Änderung

	Name	Wirkstärke	Morgens	Mittags	Abends	zur Nacht
1						
2						
3						
4						
5						
6						

Bitte nehmen Sie sich auch kurz Zeit für die folgenden Fragen:

Ist bei Ihnen Bluthochdruck bekannt?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Wenn ja, seit wann:
Rauchen Sie?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Menge/Tag: Aufgehört seit:
Ist eine Zuckererkrankung bei Ihnen bekannt? Insulin Tabletten Diät	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	HbA1c Wert: Zuckerwert: Komplikationen:
Sind Ihnen Herzerkrankungen in der Verwandtschaft bekannt?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Wenn ja, welche:
Wesentliche Vorerkrankungen, Allergien? (z.B. Hepatitis, HIV, Kontrastmittelallergie)	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Wenn ja, welche:
Sind erhöhte Blutfettwerte bekannt?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Laborwerte dabei?
Haben Sie eine erhöhte Harnsäure/Gicht?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Laborwerte dabei?
Hatten Sie eine COVID-19-Infektion?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Wenn ja, wann:
Sind Sie gegen COVID geimpft	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Wie oft: / Letzte Impfung am:

Danke für Ihre Unterstützung.

Ihr Praxis Team

Termin:

Uhrzeit:

UKG		Notizen:
EKG		
HF: /min SaO2: % RR: / mmHg		
Ergo		
BU: cm		
Duplex		
Lufu		
Trop		
Wert:		
BNP		
Wert:		
D Dimere		
Wert:		

Termine:

Labor:		KK	
		Duplex	
		UKG	
		LZE	
		LZRR	
Doppler Beine		SAS	
Cardio Call		PWA	

Myokardszintigrafie		Koro (über uns)	
MRT		Koro (andere)	Wo?
Andere Termine:			