

## Anamnesebogen

Liebe Patientinnen und Patienten,

für eine fachgerechte Behandlung benötigen wir Angaben über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Alle Angaben unterliegend der ärztlichen Schweigepflicht.

Vielen Dank für Ihre Mühe.

Name, Vorname \_\_\_\_\_ geboren am \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ Mobil\* \_\_\_\_\_ E-Mail\* \_\_\_\_\_ (\*freiwillige Angaben)

Letzter Krankenhausaufenthalt wann und weshalb? \_\_\_\_\_

Herzkatheter? Wann und wo? \_\_\_\_\_

Herzoperation? Wann und wo? (z. B. Bypass, Herzklappe, Schrittmacher, Defibrillator u. a.) \_\_\_\_\_

Aktuelle Medikamente  
 Aktuelle Medikamentenzettel anbei

### Besteht bzw. bestand bei Ihnen eine der folgenden Erkrankungen?

Koronare Herzkrankheit ja  nein

Herzinfarkt ja  nein

Herzrhythmusstörungen ja  nein

Apoplex (Schlaganfall) ja  nein

Gefäßerkrankungen (z. B. pAVK) ja  nein

Atemwegserkrankungen ja  nein

Niereninsuffizienz ja  nein

Dialyse ja  nein

Allergien ja  nein

\_\_\_\_\_ welche?

Tumorerkrankungen ja  nein

\_\_\_\_\_ welche?

### Infektionskrankheiten

Hepatitis ja  nein

HIV/AIDS ja  nein

### Risikofaktoren

Nikotingenuss (wieviel?) \_\_\_\_\_ ja  nein

Hypertonie (hoher Blutdruck) ja  nein

Diabetes ja  nein

Fettstoffwechselstörungen ja  nein

familiäre Vorbelastung bezgl. Herzerkrankungen ja  nein

bestehende Schwangerschaft (Woche) \_\_\_\_\_ ja  nein

Grad der Behinderung % \_\_\_\_\_ seit \_\_\_\_\_ (gdB)

Ihre Angaben werden von uns elektronisch gespeichert. Sie unterliegen den strengen Bestimmungen des Datenschutzes und der ärztlichen Schweigepflicht. Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie die Vollständigkeit und Richtigkeit Ihrer Angaben. Änderungen teilen Sie uns bitte immer mit. Vielen Dank.

Einverständnis, dass Arztberichte und medizinische Befunde von Ihnen an Ärzte und Therapeuten, bei denen Sie in Behandlung sind, insbesondere an Ihren Hausarzt, weiter geleitet werden dürfen. Die Übermittlung erfolgt per Post oder verschlüsselt elektronisch. Diese Einwilligung können Sie jederzeit bei unserem Praxispersonal widerrufen. Die Einwilligung gilt nicht für Kostenträger, Versicherungen und Rentenversicherungsträger.

Wer ist Ihr Hausarzt? Name/Arztberichte an \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_