

## Anamnesebogen für kardiologische Patienten:

Bitte füllen Sie uns diesen Bogen aus, damit wir Ihnen und Ihren Beschwerden besser gerecht werden können. Vielen Dank!

**Name:** \_\_\_\_\_ **Vorname:** \_\_\_\_\_ **Geburtsdatum:** \_\_\_\_\_

**Telefon:** \_\_\_\_\_ **E-Mail:** \_\_\_\_\_

**Krankenkasse:** \_\_\_\_\_ **Hausarzt:** \_\_\_\_\_

### Haben sie eine der folgenden **Beschwerden:**

- Kurzatmigkeit bei körperlichen Anstrengung oder in Ruhe
- Schmerzen /Beklemmung im Brustbereich
- Herzasen/Aussetzer/Unregelmäßigkeit im Puls
- Schwindel
- Bewusstlosigkeit
- Müdigkeit/Schwäche
- Geschwollene Beine

### Leiden sie an eine der folgenden **Erkrankungen:**

- Koronare Herzerkrankung (Herzkranzgefäßerkrankung)
- Herzrhythmusstörungen (z.B. Vorhofflimmern/Vorhofflattern)
- Hypertonie (erhöhter Blutdruck)
- Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit)
- Niereninsuffizienz (Nierenschwäche)
- PAVK/CAVK (Durchblutungsstörung der Beine bzw. des Gehirns)
- Schilddrüsenerkrankung
- Karzinom (Krebsleiden)
- Neurologische Krankheiten (z.B. Epilepsie, Neuropathie, Schlaganfall)
- Lungenerkrankung (z.B. Asthma, chronische Bronchitis, Lungenhochdruck, Lungenembolie)

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_ Hausarzt: \_\_\_\_\_

Haben sie in der Vergangenheit eine der folgenden **Untersuchungen /Eingriffe** erhalten:

- Herzkatheter-Untersuchung (evtl. mit Stent-Anlage an den Herzkranzgefäßen)
- Operative Anlage von Herz- /Bein-Bypässen oder sonstige Herzoperationen
- Elektrophysiologische Untersuchung am Herzen  
z.B. (Pulmonalvenenisolation/Ablation)
- Anlage einer künstlichen Herzklappe (operativ oder im Herzkatheterverfahren)
- Schrittmacher-Anlage
- Stent-Anlage /Operation an der Halsschlagader

Nehmen sie **Blutverdünner**:

Ja  Nein

Wenn Ja (welchen):

Bekommen sie regelmäßig eine **Nierenersatztherapie (Dialyse)**:

Ja  Nein      Wenn Ja in welcher Dialyse-Praxis:

Sind sie während **der Kindheit** an dem Herzen operiert worden oder hatten Sie eine angeborene Herzerkrankung

Ja  Nein

Welcher Operation und wann/wo:

Datum:

Unterschrift: