

Anamnesebogen

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

Anlass Ihres Besuches

☐ Erstvorstellung

☐ Kontrolluntersuchung

☐ Herz-Check

☐ Beschwerden

Falls Beschwerden bestehen: _____

Aktuelle Beschwerden

☐ Brustschmerzen

☐ Druckgefühl im Brustkorb

☐ Atemnot

☐ Herzrasen

☐ Herzstolpern

☐ Schwindel

☐ Ohnmacht

☐ Leistungsminderung

☐ Wassereinlagerungen

☐ Sonstige

Bekannte Herzerkrankungen

☐ Bluthochdruck

☐ Herzinfarkt

☐ Herzschwäche

☐ Herzrhythmusstörung

☐ Herzklappenerkrankung

☐ Herzoperation

☐ Herzkatheter

☐ Stent

☐ Bypass

☐ Herzschrittmacher

☐ ICD

☐ CRT-System

☐ Sonstiges

Weitere Erkrankungen

- | | |
|--|---|
| ☐ Diabetes mellitus | ☐ Erhöhte Cholesterinwerte |
| ☐ Nierenerkrankung | ☐ Schilddrüsenerkrankung |
| ☐ Schlafapnoe | ☐ Lungenerkrankung |
| ☐ Schlaganfall | ☐ Sonstige Erkrankungen |
-

Allergien

- ☐ Nein ☐ Ja

Welche?

Raucherstatus

- ☐ Nie ☐ Ehemalig ☐ Aktuell

Falls ehemalig oder aktuell: _____ Zigaretten täglich seit _____

Familienanamnese

Gab es in Ihrer Familie:

- | | |
|--|--|
| ☐ Herzinfarkt | ☐ Schlaganfall |
| ☐ Herzoperation | ☐ Plötzlichen Herztod |
| ☐ Herzschwäche | |

Bei wem?

Körpermaße

Größe _____ cm Gewicht _____ kg

Blutdruck (falls bekannt): _____

Aktuelle Medikamente

Name des Medikaments	Morgens	Mittags	Abends

Blutverdünner

- | | |
|---|--|
| ☐ Nein | ☐ ASS |
| ☐ Clopidogrel | ☐ Apixaban (Eliquis®) |
| ☐ Rivaroxaban (Xarelto®) | ☐ Edoxaban |
| ☐ Dabigatran | ☐ Phenprocoumon (Marcumar®) |
| ☐ Sonstige | |

Ort, Datum _____

Unterschrift _____
