

**ANAMNESEBOGEN**

Heinsberg, den.....

Name/ Vorname: .....

Beruf: .....

Familienstand: .....

Telefon: .....

Krankenkasse: .....

Körpergröße: ..... cm

Körpergewicht: ..... Kg

Sind sie Raucher:  Nein  Ja

wenn ja, Anzahl Zigaretten je Tag: ..... Stück

Sind in Ihrer Familie (z.B. bei Eltern und Geschwistern) Herzkrankheiten bekannt?  Nein  Ja

Treiben Sie regelmäßig Sport  Nein  Ja

Können Sie sich ohne Beschwerden körperlich belasten  Nein  Ja

Kurzatmigkeit (z.B. Treppensteigen)  Nein  Ja

Leiden Sie unter Krampfadern?  Nein  Ja

Haben Sie schon einmal eine Beinvenenthrombose erlitten?  Nein  Ja

*Ist eine der nachfolgenden Krankheiten bekannt bzw. wird behandelt?*

Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit)  Nein  Ja

Bluthochdruck  Nein  Ja

Hypercholesterinämie (erhöhte Fettwerte im Blut)  Nein  Ja

Überfunktion der Schilddrüse  Nein  Ja

Allergien? (z.B. gegen Kontrastmittel, Jod, Medikamente etc.)  Nein  Ja

Wurden bei Ihnen bereits größere Operationen vorgenommen?  Nein  Ja

Wenn ja, welche? .....

Herzoperationen?  Nein  Ja Wenn Ja, welche?.....

Wurde bei Ihnen schon einmal eine Herzkatheteruntersuchung durchgeführt?  Nein  Ja

Wenn Ja, wann? ..... und Wo? .....

Sind bei Ihnen andere Krankheiten bekannt, die oben nicht aufgeführt sind?  Nein  Ja

Wenn Ja, welche? .....

Nehmen Sie Medikamente ein?  Nein  Ja Wenn Ja, bitte Medikamentenplan beifügen

Sind Sie interessiert an Selbstzahlerleistungen? (IGeL-Leistungen), Untersuchungen, deren Kosten in der Regel nicht mehr von den Krankenkassen übernommen werden, z.B. eine Untersuchung der Halsschlagader zur Schlaganfallvorsorge etc.)  Nein  Ja

VIELEN DANK

IHR PRAXISTEAM