



Kardiologischer Anamnesebogen für Neupatienten

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient, bitte füllen Sie diesen Bogen vor Ihrem ersten Termin vollständig aus (am Bildschirm ausfüllbar oder handschriftlich). Bringen Sie bitte Vorbefunde, aktuelle Medikamentenliste und Ihren Herzpass/Marcumar-Ausweis mit.

1. Persönliche Daten

Name, Vorname		Geburtsdatum
Anschrift		Beruf
Telefon	Mobil	E-Mail
Überweisender Hausarzt		
☐ Teilnahme an DMP KHK	☐ Teilnahme an DMP Diabetes	☐ Teilnahme an DMP Asthma/COPD

2. Aktueller Anlass der Vorstellung

Beschwerden / Überweisungsgrund

Seit wann bestehen die Beschwerden?

Verlauf:

☐ akut ☐ zunehmend ☐ gleichbleibend

3. Herz-Kreislauf-Symptome

Leiden Sie aktuell oder in letzter Zeit unter:

- | | |
|---|--|
| ☐ Brustschmerzen / Engegefühl (Angina pectoris) | ☐ Luftnot bei Belastung |
| ☐ Luftnot im Liegen / nachts | ☐ Herzstolpern / Herzasen (Palpitationen) |
| ☐ Schwindel | ☐ Kurzzeitige Bewusstlosigkeit (Synkope) |
| ☐ Wassereinlagerungen (Beinödeme) | ☐ Schnelle Erschöpfbarkeit / Leistungsknick |
| ☐ Schmerzen in den Beinen beim Gehen (Claudicatio) | ☐ Nächtliches Wasserlassen (Nykturie) |

Belastbarkeit im Alltag (z. B. Treppensteigen, wie viele Stockwerke)

4. Kardiologische Vorgeschichte

Bekannte Herz-/Gefäßerkrankungen bzw. Voreingriffe:

- | | |
|--|---|
| ☐ Herzinfarkt | ☐ Herzkatheter / Stent |
| ☐ Bypass-Operation | ☐ Herzklappenerkrankung / -operation |
| ☐ Herzschrittmacher / Defibrillator (ICD) | ☐ Vorhofflimmern / Herzrhythmusstörung |
| ☐ Herzinsuffizienz (Herzschwäche) | ☐ Schlaganfall / TIA |
| ☐ Durchblutungsstörung der Beine (pAVK) | ☐ Thrombose oder Lungenembolie |

ggf. Jahr(e) der Ereignisse/Eingriffe

Letztes EKG / Belastungs-EKG am

Letzte Echokardiographie am

Letzte Langzeit-Blutdruckmessung / Langzeit-EKG am

5. Kardiovaskuläre Risikofaktoren

☐ Bluthochdruck

☐ Diabetes mellitus / Zuckerkrankheit

☐ Erhöhte Blutfette / Cholesterin

☐ Übergewicht

Rauchen:

☐ Nein

☐ Ja

seit

Zigaretten/Tag

Nikotinkarenz seit

Alkohol:

☐ Nein

☐ gelegentlich

☐ regelmäßig

Menge / Woche

Familiäre Vorbelastung (Herzinfarkt/Schlaganfall bei Eltern oder Geschwistern vor dem 60. Lebensjahr)?

☐ Nein

☐ Ja, und zwar: und zwar

6. Weitere Vorerkrankungen und Operationen

Weitere internistische Erkrankungen (z. B. Niere, Schilddrüse, Lunge, Tumorerkrankung)?

☐ Nein

☐ Ja, und zwar: Bitte angeben

Frühere Operationen?

☐ Nein

☐ Ja, und zwar: Art, Jahr

7. Aktuelle Medikation

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

☐ Nein

☐ Ja, siehe unten bzw. beiliegender Medikamentenplan

Medikament / Dosierung / Einnahmezeit

Blutverdünner (z. B. Marcumar, ASS, Xarelto, Eliquis)?

☐ Nein

☐ Ja, und zwar: welche

8. Allergien und Unverträglichkeiten

Bekannte Allergien (insbesondere Medikamente, Röntgenkontrastmittel, Jod, Latex)?

☐ Nein

☐ Ja, und zwar: Auslöser und Reaktion

9. Körperdaten und Alltag

Körpergröße (cm)

Gewicht (kg)

☐ Gewicht in den letzten 6 Monaten stabil ☐ zugenommen

☐ abgenommen

Sportliche/körperliche Aktivität (Art, Häufigkeit)

☐ Berentet ☐ Berufstätig ☐ mit Partner/in lebend ☐ allein lebend

Wohnsituation:

☐ allein ☐ mit Partner/in ☐ Wohnheim ☐ betreutes Wohnen

Pflegegrad (falls vorhanden)

Besteht eine Behinderung?

☐ Nein ☐ Ja, und zwar: Grad der Behinderung (GdB in %)

10. Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

☐ Empfehlung durch Familie/Freunde ☐ Empfehlung durch (Haus-)Arzt
☐ Internetsuche ☐ Praxis-Homepage
☐ Social Media ☐ Zeitung/Anzeige

Sonstiges

11. Einwilligung und Schweigepflichtentbindung

Ich bin damit einverstanden, dass meine im Rahmen der Behandlung erhobenen personenbezogenen und gesundheitsbezogenen Daten gemäß der DSGVO und der ärztlichen Schweigepflicht gespeichert und verarbeitet werden.

Ich entbinde meine vor- und nachbehandelnden Ärzte/Kliniken gegenüber dieser Praxis von der ärztlichen Schweigepflicht zum Zweck des Austauschs von Befunden, soweit dies für meine Behandlung erforderlich ist.

Ort, Datum

Unterschrift Patient/in (bitte ausgedruckt oder auf dem Tablet in der Praxis unterschreiben):
