



**Anamnesebogen**

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Um besser über Ihre Vorerkrankung informiert zu sein, bitten wir Sie, den folgenden persönlichen Fragebogen auszufüllen. Ihre Daten unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Besten Dank für Ihre Mitarbeit

**Datum:** \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ Alter: \_\_\_\_\_ Jahre  
 Beruf: \_\_\_\_\_ Größe: \_\_\_\_\_ cm / Gewicht: \_\_\_\_\_ kg  
 Telefon: \_\_\_\_\_ Hausarzt: \_\_\_\_\_  
 Email: \_\_\_\_\_

Sind Sie damit einverstanden, dass Ihr Hausarzt einen Bericht bekommt? JA: \_\_\_\_\_ Nein: \_\_\_\_\_

Sind Sie bereits in einem DMP-Programm für die KHK registriert?  
 (Ein Programm für die Koronare-Herz-Erkrankung bei Ihrem Hausarzt) JA: \_\_\_\_\_ Nein: \_\_\_\_\_

**Allgemeinbefinden:** Hatten Sie in den letzten Wochen auffällige ...

Gewichtsschwankungen ?	<b>Ja</b>		<b>Nein</b>	
Schwitzen Sie auffällig stark ?	<b>Ja</b>		<b>Nein</b>	
Schlafen Sie gut ?	<b>Ja</b>		<b>Nein</b>	
Schnarchen Sie auffällig ?	<b>Ja</b>		<b>Nein</b>	
Sind Sie tagsüber auffällig müde ?	<b>Ja</b>		<b>Nein</b>	
Auffälligkeiten beim Stuhlgang ?	<b>Ja</b>		<b>Nein</b>	
Auffälligkeiten beim Wasser lassen ?	<b>Ja</b>		<b>Nein</b>	

**Ist folgendes bei Ihnen bekannt ?**

Erhöhter Blutdruck	<b>Ja</b>		<b>Nein</b>		seit wann:
Erhöhter Blutzucker	<b>Ja</b>		<b>Nein</b>		seit wann:
Erhöhte Harnsäure (Gicht)	<b>Ja</b>		<b>Nein</b>		seit wann:
Nikotinkonsum ?	<b>Ja</b>		<b>Nein</b>		Zigaretten/Tag seit wann:
Alkoholkonsum ?	<b>Ja</b>		<b>Nein</b>		durchschnittl./Tag

**Bitte wenden**

**Liegen in Ihrer Familie folgende Erkrankungen vor ?**

Herzerkrankungen in der Familie	Ja		Nein	
Bluthochdruck	Ja		Nein	
Nierenerkrankungen	Ja		Nein	
Diabetes Mellitus	Ja		Nein	
Krebsleiden	Ja		Nein	

**Sind folgende Erkrankungen bei Ihnen bekannt ?**

Mandelentzündungen	Ja		Nein		seit wann:
Gelenkrheuma	Ja		Nein		seit wann:
Schilddrüsenerkrankungen	Ja		Nein		seit wann:
Herzerkrankungen	Ja		Nein		seit wann:
Lungenerkrankungen	Ja		Nein		seit wann:
Magen- / Darmerkrankungen	Ja		Nein		seit wann:
Leber- / Gallenerkrankungen	Ja		Nein		seit wann:
Nieren- / Blasenerkrankungen	Ja		Nein		seit wann:
Knochen- / Wirbelsäulenerkrankungen	Ja		Nein		seit wann:
Hauterkrankungen	Ja		Nein		seit wann:
Krankenhausaufenthalte / Operationen	Ja		Nein		seit wann:

**Bestehen Allergien oder Unverträglichkeiten von Medikamenten ?**

Nein	<input type="checkbox"/>	Ja – welche:	<input type="text"/>
------	--------------------------	--------------	----------------------

**Medikamenteneinnahme**

Medikamentennamen	mg	Morgens	Mittags	Abends

**Einverständniserklärung Versand von Patientendaten**

Name: \_\_\_\_\_ geboren am: \_\_\_\_\_

Ich bin damit einverstanden, dass meine Befunde / Berichte der kardiologischen Praxis Huf & Wagner in 67098 Bad Dürkheim zur Verfügung gestellt werden (FAX: 06322 6005904)

Es ist mit bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann.

Unterschrift: \_\_\_\_\_