

# ANAMNESEBOGEN

## Kardiologie



**Sehr geehrte Patienten,**  
herzlich willkommen im MVZ Arberland.

Die nachfolgenden Daten sind für Ihre Behandlung von großer Wichtigkeit. Sollten Sie sich bei einer Angabe nicht sicher sein, machen Sie bitte ein Fragezeichen. Ihre Angaben unterliegen nach § 203 StGB der ärztlichen Schweigepflicht und werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

\_\_\_\_\_  
Name | Vorname \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Telefonnummer \_\_\_\_\_  
E-Mail

\_\_\_\_\_  
Hausarzt (Name | Ort)

\_\_\_\_\_  
Fachärztliche Betreuung in den letzten 3 Jahren bei

Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand möglichst sorgfältig, damit wir möglichen Risiken vorbeugen können!

**Ihre Beschwerden oder Ihr Anliegen, weswegen Sie in unsere Praxis kommen:**

- Akut wegen...  Jährliche Kontrolle wegen...  Kurzfristige Vorstellung wegen...

\_\_\_\_\_

**Rauchen Sie?**  nein  ja, wieviel pro Tag? \_\_\_\_\_ Nicht mehr seit: \_\_\_\_\_

Konsumieren Sie regelmäßig Alkohol?  Ja  Nein Wenn ja, wieviel pro Tag? \_\_\_\_\_

Konsumieren Sie regelmäßig Drogen?  Ja  Nein Wenn ja, was? \_\_\_\_\_

**Haben Sie Allergien?**

- Gegen Medikamente?  Ja  Nein Welche? \_\_\_\_\_

- Andere Allergien:  Ja  Nein Welche? \_\_\_\_\_

Körpergewicht in kg: \_\_\_\_\_ Körpergröße in cm: \_\_\_\_\_

**Legen Sie bitte Ihren Medikamentenplan vor – Falls nicht vorhanden: Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?**

- nein  ja, nennen Sie uns Ihre Medikamente

Medikamenten-Name	Dosierung früh-mittags-abends

# ANAMNESEBOGEN

Kardiologie



**Frühere Krankheiten, Unfälle, Operationen:**

---

---

**Familiär gehäufte Krankheiten:**

---

---

**Blutdruck (im Durchschnitt):** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ mmHg

---

---

**Erlerner Beruf:** \_\_\_\_\_ **Ausgeübter Beruf:** \_\_\_\_\_

Bitte geben Sie den Fragebogen am Empfang ab. Bei Fragen helfen wir Ihnen gerne.

Herzlichen Dank!

\_\_\_\_\_  
**Ort / Datum**

\_\_\_\_\_  
**Unterschrift**