

STAMMDATEN UND ANAMNESEBOGEN

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

um Ihre Behandlung bestmöglich vorzubereiten, bitten wir Sie, die folgenden Fragen -so gut Sie können- zu beantworten. Sollte Ihnen der Fragebogen bereits vor Ihrem Termin von uns zugeschickt worden sein, bringen Sie ihn zum Termin mit oder senden ihn uns vorab per Fax oder Post zu.

Wenn Sie Schwierigkeiten haben oder Hilfe beim Ausfüllen benötigen, wenden Sie sich gerne an uns.

Name	Vorname	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer	PLZ	Wohnort
Telefon Festnetz	Telefon Mobil	E-Mail
Private Krankenversicherung (Name)	<input type="checkbox"/> Selbstzahler	

Größe: _____ cm **Gewicht:** _____ kg Rauchen Sie? Ja Nein _____ Zig./Tag

Treiben Sie Sport? Ja Nein

Welche Sportart / (Std./Woche) _____

Haben oder hatten Sie eine der nachfolgend aufgeführten Erkrankungen?

- | | | | |
|--|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> KHK | <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Zuckerkrankheit (Diab.) | <input type="checkbox"/> Hepatitis |
| <input type="checkbox"/> Herzinfarkt | <input type="checkbox"/> Schlaganfall | <input type="checkbox"/> Cholesterinerhöhung | <input type="checkbox"/> HIV |
| <input type="checkbox"/> Herzschwäche | <input type="checkbox"/> Art. Gefäßkrankheit | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung | <input type="checkbox"/> COVID-19 |
| <input type="checkbox"/> Herzklappenfehler | <input type="checkbox"/> Venöse Thrombose | <input type="checkbox"/> Lebererkrankung | <input type="checkbox"/> Psychische Erkrankung |
| <input type="checkbox"/> Vorhofflimmern | <input type="checkbox"/> Lungenembolie | <input type="checkbox"/> Nierenerkrankung | <input type="checkbox"/> Neurologische Erkrankung |
| <input type="checkbox"/> Schrittmacher/ICD | <input type="checkbox"/> COPD / Asthma | <input type="checkbox"/> Magen-Darm-Trakt | <input type="checkbox"/> Rheumatolog. Erkrankung |

Tumorerkrankung Bitte angeben: _____
 Chemotherapie Bestrahlung

Sonstige relevante Erkrankungen: _____

Operationen/Eingriffe (Jahr): _____

Bitte wenden für Seite 2!



Gibt es Herz-Kreislauf-Erkrankungen in Ihrer engeren Familie (Eltern, Geschwister, Großeltern)? Ja Nein
 (Interessant sind hier insbesondere Herzinfarkt, plötzlicher Herztod/unklare frühzeitige Todesfälle, Ballonkatheter/
 Stent, Bypass-Operation am Herz, Schlaganfall, Bluthochdruck)

Freitext

Sind bei Ihnen **Allergien / (Medikamenten-) Unverträglichkeiten** bekannt? Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

Bitte führen Sie alle Medikamente auf, die Sie zurzeit einnehmen (insbesondere Blutgerinnungshemmer).
 Sie können uns alternativ am Empfang auch gern Ihren Medikamentenplan zum Einlesen geben.

Name und Wirkstärke (mg) des Medikaments	Anzahl		
	Morgens	Mittags	Abends

Abschließend würde uns noch interessieren, wie Sie auf uns aufmerksam geworden sind.
 Empfehlung / Aufmerksamkeit durch:

Arzt Familie Bekannte(r) Zeitung Internet Praxisschild

Sonstige(s) _____

Vielen Dank für Ihre Zeit!

