

Anamnesebogen Neupatient

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient

wir freuen uns, Sie in unserer Praxis in Lübbenau begrüßen zu dürfen. Mit dem Ausfüllen des folgenden Fragebogens würden Sie uns sehr helfen, die Diagnosefindung und Behandlung für Sie möglichst optimal zu gestalten. Das Ausfüllen ist freiwillig, die erhobenen Informationen dienen ausschließlich Ihrer verbesserten Betreuung und Behandlung. Sie können den Bogen ganz klassisch ausdrucken und von Hand ausfüllen, es ist aber auch möglich, das Dokument vom PC aus, über einen Browser oder mit Ihrer Smartphone- bzw. Tablet-App elektronisch zu bearbeiten. Bitte bringen Sie den Bogen zum ersten Praxistermin mit, gerne können Sie ihn auch vor Ihrem Besuch übersenden oder an der Anmeldung abgeben.

1. Persönliche Daten:			
Name:	<input type="text"/>	Vorname:	<input type="text"/>
Geburtsdatum:	<input type="text"/>		
Geschlecht:	<input type="radio"/> weiblich	<input type="radio"/> männlich	<input type="radio"/> divers
Beruf:	<input type="text"/>	Familienstand:	<input type="text"/>
Altersrentner:	<input type="text"/>	EU-Rentner:	<input type="text"/>
Körpergröße:	<input type="text"/> cm	Gewicht:	<input type="text"/> kg
Anschrift:			
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Straße:	Hausnummer:	PLZ:	Wohnort:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Telefon (privat):	Mobil:	E-Mail:	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Aktueller Hausarzt:	<input type="text"/>		
Wer soll im Notfall benachrichtigt werden?			
Name:	Verwandtschaftsgrad:	Telefonnummer:	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

2. Nehmen Sie an einem DMP (Disease Management Programm) teil?

Nein Ja

KHK Herzinsuffizienz Diabetes Asthma COPD

3. Sind folgende Erkrankungen bei Ihnen bekannt? Wenn ja, seit wann?

Nein	Ja		Jahr
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bluthochdruck	<input type="text"/>
		Wie hoch sind Ihre gemessenen Blutdruckwerte: <input type="text"/> mmHg	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Angina pectoris/ Verengung der Herzkranzgefäße/ KHK	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Herzinfarkt	<input type="text"/>
		<input type="checkbox"/> Herzkatheter mit Stent <input type="checkbox"/> Bypass-Operation	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	andere Herzerkrankungen/ Herzklappenfehler/ Schrittmacher	<input type="text"/>
		<input type="text"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes mellitus	<input type="text"/>
		<input type="checkbox"/> Diät <input type="checkbox"/> Tabletten <input type="checkbox"/> Insulin	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fettstoffwechselstörung/ erhöhte Cholesterinwerte	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schilddrüsenerkrankung	<input type="text"/>
		<input type="checkbox"/> Überfunktion <input type="checkbox"/> Unterfunktion	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schlaganfall	<input type="text"/>
		<input type="checkbox"/> Körperseite rechts <input type="checkbox"/> Körperseite links <input type="checkbox"/> Sprachstörung	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Durchblutungsstörung der Beine („Schaufensterkrankheit“)	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Verengungen der Beingefäße	<input type="text"/>
		<input type="radio"/> links <input type="radio"/> rechts <input type="radio"/> beidseits	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Verengungen der Halsgefäße	<input type="text"/>
		<input type="radio"/> links <input type="radio"/> rechts <input type="radio"/> beidseits	

Nein	Ja		Jahr
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lungenerkrankungen/ Asthma bronchiale, chronische Bronchitis /COPD	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schlafapnoe/ Schlaf-Schnarch-Krankheit	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Thrombose/ Lungenembolie	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Speiseröhren-/ Magen-/ Darmerkrankungen („Geschwüre“)	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Leber-/ Gallenerkrankungen	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nierenerkrankungen	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bluterkrankungen/ Gerinnungsstörungen	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Autoimmunerkrankungen	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wirbelsäulen-/ Gelenkerkrankungen (Gelenkersatz?)	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Krebserkrankungen	<input type="text"/>
		<input type="checkbox"/> Operation <input type="checkbox"/> Chemotherapie <input type="checkbox"/> Bestrahlung	<input type="text"/>
		<input type="text"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Psychische Erkrankungen/ Depressionen/ Angsterkrankungen	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Neurologische Erkrankungen (z.B. Epilepsie, Neuropathien)	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Operationen/ Unfälle	<input type="text"/>
		Was wurde operiert? Wo fand der Eingriff statt?	
		<input type="text"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schlafstörung	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Augenerkrankungen (z.B. Glaukom, Katarakt, Makuladegeneration)	<input type="text"/>
		<input type="text"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	sonstige Erkrankungen	<input type="text"/>
		<input type="text"/>	

4. Sind in Ihrer blutsverwandten Familie (z.B. Eltern, Geschwister, Kinder) folgende Erkrankungen vor dem 60. Lebensjahr aufgetreten?

- | Nein | Ja | |
|--------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Bluthochdruck |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | KHK/ Herzinfarkt/ Bypass-Operation/ Stent |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Schlaganfall |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Durchblutungsstörungen der Beine („Schaufensterkrankheit“) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Fettstoffwechselstörungen, erhöhtes Cholesterin |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Diabetes mellitus |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Adipositas |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Demenz |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Nierenerkrankungen |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | bösartige Erkrankungen |

5. WICHTIG - Haben Sie bekannte Allergien (Medikamente, Kontrastmittel, Lebensmittel)?

Allergien: Nein Ja wenn „Ja“, welche:

Rauchen: Nein Ja wenn „Ja“, seit wann und wie viele Zigaretten pro Tag:
Ex-Raucher seit:

Alkohol: Nein Ja wenn „Ja“, wie viel und wie häufig:

Sport: Nein Ja wenn „Ja“, was und wie häufig:

6. Haben Sie Schmerzen beim Laufen?

Nein Ja wenn „Ja“, wie weit ist Ihre derzeitige Gehstrecke, bevor die Beine anfangen zu schmerzen?
ca. Meter

7. Verspüren Sie Schmerzen, Brennen, Engegefühl, Druckgefühl oder Schweregefühl oder etwas Ähnliches im Brustraum, in der linken Schulter oder zwischen den Schulterblättern?

Nein Ja wenn „Ja“, sein wann:

Ist das Gefühl im Lauf der Zeit:

- gleichbleibend zunehmend abnehmend kann ich nicht sagen

Ist das Gefühl abhängig:

- von Anstrengung vom Atmen von der Körperlage
 vom Essen kann ich nicht sagen

Beschreiben Sie das Gefühl bitte mit eigenen Worten:

8. Verspüren Sie Luftnot?

Nein Ja wenn „Ja“, sein wann:

Ist das Gefühl im Lauf der Zeit:

gleichbleibend zunehmend abnehmend kann ich nicht sagen

Tritt sie auf:

bei höchster Anstrengung bei mittlerer Anstrengung
 bei geringer Anstrengung in Ruhe
 beim Beugen (Schuhe zu machen) kann ich nicht sagen

Wie viele Treppen/ Etagen können Sie hochgehen, bevor Sie wegen Luftnot stehen bleiben müssen?

Müssen Sie nachts aufstehen, um Wasser zu lassen? Nein Ja mal

Haben Sie aktuell Wasser („Ödeme“) in den Beinen? Nein Ja

Welches Bein? rechts links beide häufig gelegentlich

Hatten Sie Wasser („Ödeme“) in den Beinen? Nein Ja

Welches Bein? rechts links beide häufig gelegentlich

9. Verspüren Sie unregelmäßigen, zu langsamen oder zu schnellen Herzschlag (Herzrhythmusstörungen)?

Nein Ja Wenn „Ja“, sein wann:

Sind die Herzrhythmusstörungen im Lauf der Zeit:

gleichbleibend zunehmend abnehmend kann ich nicht sagen

Wie würden Sie sie beschreiben:

Herzasen Aussetzer Extraschläge Herzflimmern
 Pochen/ Klopfen langsamer Puls nichts davon

In welchen Situationen tritt die Rhythmusstörung auf?

Wird sie begleitet von:

Luftnot ungewohnten Gefühlen im Brustraum keines von Beiden

Sind Sie schon mal kollabiert bzw. bewusstlos geworden?

Nein Ja Wenn „Ja“, wie oft und wann:

Haben Sie sich dabei verletzt?

Nein Ja Wenn „Ja“, was:

10. Voruntersuchungen/ Voreingriffe

Letzte EKG/ Belastungs-EKG-Untersuchung am:

Letztes Langzeit-EKG:

Letzte Langzeit-Blutdruckmessung:

Letzte Herzultraschalluntersuchung:

Letzte Gefäßultraschalluntersuchung:

Letzte Lungenfunktionsuntersuchung:

Letzte Ultraschalluntersuchung (Bauch, Schilddrüse, Nieren):

Hatten Sie je eine Linksherzkatheteruntersuchung („großer Herzkatheter“) Nein Ja

Wenn „Ja“, wann und wo:

Hatten Sie einen Herzinfarkt? Nein Ja

Wenn „Ja“, : Vorderwandinfarkt Hinterwandinfarkt NSTEMI

Sind Sie am Herzen oder an den Gefäßen operiert oder interventionell („mit Katheter“) behandelt worden? Nein Ja

(bitte schildern Sie was operiert wurde, in welchem Krankenhaus sowie das Jahr der Operation)

Hatten Sie je eine Elektrophysiologische Behandlung/ EPU („Katheterverödung“)? Nein Ja

Wenn „Ja“, wann und wo:

Wurde Ihnen ein Herzschrittmacher oder Defibrillator implantiert? Nein Ja

Wenn „Ja“, welches Gerät, wann und wo:

Wo wurden Sie diesbezüglich bisher betreut:

Hatten Sie je eine Kardio-MRT oder Kardio-CT-Untersuchung? Nein Ja

Wenn „Ja“, wann und wo:

11. Medikamente

Wichtig! Bringen Sie zu jedem Termin eine aktuelle Übersicht Ihrer Medikamente mit!

Bitte tragen Sie hier alle Ihre Medikamente (auch Augentropfen und Sprays) mit der Dosierung ein.

Bitte tragen Sie hier nochmals Ihren Namen und Vornamen ein:

Medikament	Dosis (mg)	morgens	mittags	abends	bei Bedarf
Beispiel: Mustermedikament	20	1	0	0	

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit meiner freiwillig gemachten Angaben und gestatte der CardioPraxis Spreewald in Lübbenau, meine Daten in meiner Patientenakte zu hinterlegen. Diese Angaben sind ausschließlich für den internen Gebrauch meiner Behandlung in der CardioPraxis Spreewald in Lübbenau vorgesehen und dürfen nicht an Dritte weitergegeben werden.

Datum

Unterschrift