

Liebe Patientin, lieber Patient,

In unserer kardiologischen Ermächtigungsambulanz begrüßen wir Sie ganz herzlich. Für eine optimale Betreuung bitten wir Sie den Fragebogen nach bestem Wissen auszufüllen. Besonders wenn Sie zum ersten Mal bei uns in Behandlung sind benötigen wir Ihre Angaben.

Persönliche Angaben	
Name:	_____
Telefon/Fax:	_____
Handy:	_____
eMail:	_____
Geburtstag:	_____
Hausarzt:	_____
Überweiser:	_____

Ja	Nein	Herz-Gefäßerkrankungen	eigene Angaben
		Koronare Herzerkrankung / Angina pectoris	
		Herzinfarkt	
		Herzklappenerkrankung	
		Herzschwäche (Pumpfunktion bekannt? _____ %)	
		Herzklappenerkrankungen	
		Herzrhythmusstörungen	
		Vorhofflimmern	
		Andere Herzerkrankungen	
		Bluthochdruck	
		Diabetes mellitus	
		Fettstoffwechselstörungen / erhöhtes Cholesterin oder Triglyzeriden	
		pAVK (Durchblutungsstörungen der Beine)	
		Schlaganfall / TIA	
		Synkope / Bewusstlosigkeit	
		Schlafapnoe-Syndrom (ggf. mit Maske)	

Ja	Nein	Andere Erkrankungen	eigene Angaben
		Thrombose / Lungenembolie	
		Lungenerkrankungen (Asthma /COPD)	
		Erkrankungen Magen-Darmtrakt	
		Bluterkrankungen	
		Krebserkrankungen	
		Psychische Erkrankungen	
		Andere Erkrankungen	

Sind bereits Eingriffe am Herzen durchgeführt worden?

Ja	Nein	Voroperationen	eigene Angaben
		PTCA / Stentimplantation	
		Bypassoperation	
		Klappenersatz /-rekonstruktion	
		Herzschrillmacher / Defibrillalor	
		Elektrophysiologischer Eingriff („Verödung“)	
		Kardioversion („Elektrobehandlung“)	

Sind bei einem Ihrer erstgradigen Verwandten (Eltern, Geschwister, Kinder) folgende Erkrankungen aufgetreten?

Ja	Nein	Familienanamnese	eigene Angaben
		Bluthochdruck	
		Herzinfarkt	
		Schlaganfall	
		Plötzlicher Herztod	
		Fettstoffwechselstörungen / erhöhtes Cholesterin	
		Diabetes mellitus	

Unter welchen Beschwerden leiden Sie aktuell?

Ja	Nein	eigene Angaben
		Enge-/Druckgefühl im Brustkorb
		Schmerzen im Brustkorb
		Atemnot in Ruhe
		Atemnot unter Belastung
		Herzstolpern / Herzrasen
		Schwindel /Ohnmachtsanfälle
		Wassereinlagerungen
		Schmerzen in den Beinen bei Belastung
		Innere Unruhe / Angst / Depressionen

Freitext

Aktuelle Medikation (möglichst Medikamentenplan, sonst bitte eintragen)

Medikament (mg)	morgens	mittags	abends

Weitere Angaben

Körpergröße _____ cm Gewicht _____ kg

Allergie ja nein

Wenn ja, welche:

Rauchen Sie oder haben Sie geraucht ja nein

Wenn ja wie viele Zigaretten pro Tag _____ aufgehört seit _____

Alkohol ja nein

Wenn ja wieviel: _____

Letzte kardiologische Untersuchung: _____

Letztes Belastungs-EKG: _____

Beruf: _____

Sport: _____

Wem gegenüber dürfen wir Auskunft geben (z.B.Ehepartner, Kinder etc.)?

Mit der Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben. Der Anamnesebogen wird elektronisch in der Akte hinterlegt und kann auf Aufforderung jederzeit gelöscht werden. Die Angaben dienen dem internen Gebrauch und werden nicht an Dritte weitergegeben.

Datum

Unterschrift

Wir bitten Sie den ausgefüllten Fragebogen vor Ihrem geplanten Termin zu senden an:

Kardiologische Ermächtigungsambulanz ltd. OA S. Varghese
Funktionsdiagnostik
AMEOS Klinikum Halberstadt
Gleimstrasse 5, 38820 Halberstadt
Tel. Nr. 03941/64-5600 Fax. Nr. 03941/64-5605
Email: ambulanz.kardiologie@halberstadt.ameos.de