

# Anamnesebogen

Sehr geehrte Patientinnen und Patienten,

es freut uns, wenn wir Sie bald persönlich in der Kardiologischen Facharztpraxis Dr. med. Simone Kimmel begrüßen dürfen.

Um Ihren Besuch bestmöglich zu gestalten, benötigen wir Ihre Mithilfe. Wir bitten Sie, diesen Bogen gewissenhaft auszufüllen, damit wir möglichen Risiken vorbeugen können.

Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht und den Regelungen des Datenschutzes. Hinweise Hierzu finden Sie unter <https://kimmel-kardiologie.de/datenschutz/>

Ich freue mich auf Ihren Besuch bei mir,

mit herzlichen Grüßen,

Ihre Dr. med. Simone Kimmel

## PERSÖNLICHE ANGABEN

Name	Vorname	Geburtsdatum
Straße	PLZ, Ort	
Telefon Festnetz	Telefon Mobil	
Größe	Gewicht	
Name Hausarzt		
Adresse Hausarzt		

Folgende Erkrankungen sind bekannt, bitte ankreuzen:

**Herz- / Kreislaufkrankung**  ja  nein

- Stent | wann und wo:
- Herzinfarkt in der Vorgeschichte
- Herzklappenersatz | welcher:
- Vorhofflimmern
- Vorhandensein eines Herzschrittmachers oder eines Defibrillators | wo:
- Herzschwäche/Herzinsuffizienz | seit wann:

**Diabetes mellitus (Zuckerkrankung)**  ja  nein

- Diabetes mell. Typ I
- Diabetes mell. Typ II
- insulinpflichtig

**Stoffwechselerkrankung**  ja  nein

- Hypercholesterinämie
- erhöhte Harnsäure (Gicht)

**Allergie- oder Medikamentenunverträglichkeit:**  ja  nein

- auf Blutverdünnungsmedikamente | welche:
- auf Antibiotika | welche:
- auf Schmerzmedikamente | welche:
- auf Kontrastmittel | welche:
- sonstige:

**Blutgerinnungsstörungen**  ja  nein

- Thrombose/Lungenembolie |  
wann und wo:
- Blutungskomplikation in der Vorgeschichte:
- Magenblutung | wann:
- Gehirnblutung | wann:
- sonstige Blutungskomplikation | welche:

**Schilddrüsenerkrankung**

ja  nein

Schilddrüsenunterfunktion

Schilddrüsenüberfunktion

nehmen Sie dauerhaft Schilddrüsenmedikamente ein ? :

**Lungenerkrankung**

ja  nein

Asthma bronchiale

COPD

Lungenfibrose

**Immunologische Erkrankungen**

ja  nein

Sarkoidose

Vaskulitis

Sonstige | welche:

**Magen-Darm-Erkrankung**

ja  nein

Gastritis

Refluxösophagitis/Sodbrennen

Magengeschwür (Magengeschwür)

Nahrungsmittelunverträglichkeit:

**Leber-/Nieren-Erkrankung**

ja  nein

Erhöhte Leberwerte

Erhöhte Nierenwerte

Sonstige | welche:

**Erkrankung der Psyche**

ja  nein

Welche:

**Erkrankung des Nervensystems**

ja  nein

Welche:

**Sonstige Erkrankung**

ja  nein

Krebserkrankungen | welche, wann: \_\_\_\_\_  
(auch ausgeheilte)

Infektionskrankheiten (z.B. HIV, Hep B / C, Tbc)

**Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?** (ggf. Medikationsplan mitbringen)

welche und wann: \_\_\_\_\_

---

---

---

---

**Gab es in der Familie (Eltern, Geschwister) eine der folgenden Erkrankungen:**

ja

nein

Herzinfarkt vor dem 60. Lj.

Schlaganfall vor dem 60. Lj.

Plötzlicher Herztod

**Allgemeine Angaben**

	ja	nein
Besteht derzeit eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Treiben Sie regelmäßig Sport?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trinken Sie regelmäßig Alkohol?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nehmen Sie Drogen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>