

Anamnesebogen Akut

Vor-/ Nachname: _____

Geburtsdatum: _____

Telefonnummer: _____

Haben Sie Herz- oder Brustschmerzen?

ja nein

Haben Sie Atemnot?

ja nein nur unter Belastung

Haben Sie eine Lungenerkrankung?

ja nein weiß ich nicht

Haben Sie Wasser in den Beinen?

ja nein weiß ich nicht

Wie viele Stockwerke können Sie Treppensteigen ohne stehen zu bleiben?

1 2-3 4-5 ich muss nicht stehen bleiben

Haben Sie Schwindelanfälle ?

ja nein

Leiden Sie unter Bewußtseinsverlust ?

ja nein

Bitte 2te Seite beachten!

Wurden bei Ihnen schon mal Herzrhythmusstörungen oder schnelles Herzrasen beim Arzt dokumentiert? (Vorhofflimmern)

ja nein

Haben Sie hohen Blutdruck?

ja nein

Nehmen Sie Medikamente für den Blutdruck ein?

ja nein

Haben sie Ihre Medikamente **heute** schon genommen?

ja nein

Warum kommen Sie heute zu uns in die Akutpraxis? Was haben Sie für Beschwerden/ Probleme?

Rauchen Sie?

ja nein

Sind Ihre Blutfettwerte/ Cholesterinwerte erhöht?

ja nein weiß ich nicht

Sind Sie Zuckerkrank/ Diabetes?

ja nein weiß ich nicht

Bitte 3te Seite beachten!

Sind Herzkrankheiten in der Familie (Eltern, Geschwister, Großeltern) bekannt, unter 50 Jahren?

ja nein weiß ich nicht

Hatten Sie bereits einen Herzinfarkt?

ja nein wenn ja, wann? _____

Wurde bei Ihnen eine Herzkatheteruntersuchung durchgeführt? (z.B. Stent eingesetzt)

ja nein Datum: _____ Ort: _____

Wurde bei Ihnen eine Herzoperation durchgeführt? (z.B. Bypass-OP)

ja nein Datum: _____ Ort: _____

Wurde bei Ihnen eine Gefäßoperation durchgeführt?

ja nein

Halsschlagader/ Hauptschlagader/ Krampfadern/
Carotis Aorta Beine

Datum: _____ Ort: _____

Hatten Sie bereits einen Schlaganfall?

ja nein Datum: _____ Ort: _____

Nehmen Sie beim Hausarzt am DMP- Programm teil? (Programm für chronisch kranke Patienten, wird auch z.B. „Gut dabei“ oder „Curaplan“ genannt)

ja nein weiß ich nicht

KHK COPD Diabetes Asthma

Bitte 4te Seite beachten!!!

Vor-/ Nachname: _____
Geburtsdatum: _____

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten praxisintern allen Mitarbeitern der Praxis offen gelegt werden, sofern dies zu meiner Behandlung erforderlich ist. Alle Mitarbeiter sind zur Verschwiegenheit verpflichtet und haben dies auch unterschrieben.
Meine Daten dürfen im Rahmen der Zweckbestimmung unter Beachtung der jeweiligen datenschutzrechtlichen Regelungen an die von mir angegebenen Ärzte übermittelt werden.
§73,1bSGBV

Hausarzt: _____

Facharzt: _____ **evtl. 2 Facharzt:** _____

Ich bin damit einverstanden, dass wenn im Rahmen meiner Behandlung Blutentnahmen erfolgen, diese dem Labor übermittelt werden.
Ich bin damit einverstanden, dass Befunde von Haus- und Fachärzten sowie aus Krankenhäusern angefordert werden.
Ich bin damit einverstanden, dass Informationen an die folgenden Angehörigen weitergegeben werden, nachdem sie mein Geburtsdatum und meinen Krankenversicherungsträger am Telefon genannt haben.

Name und Geburtsdatum des Angehörigen:

Name und Geburtsdatum des Angehörigen:

Name und Geburtsdatum des Angehörigen:

Diese Einverständniserklärung gilt bis auf Widerruf, dieser ist jederzeit möglich.

Ort

Unterschrift