

## Anamnesebogen/ Einverständniserklärung

**Vor-/ Nachname:** \_\_\_\_\_

**Geburtsdatum:** \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Rauchen Sie?

ja  nein

Sind Ihre Blutfettwerte/ Cholesterinwerte erhöht?

ja  nein  weiß ich nicht

Sind Sie Zuckerkrank/ Diabetes?

ja  nein  weiß ich nicht

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: \_\_\_\_\_

**Bitte 2te Seite beachten!**

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: \_\_\_\_\_

Haben Sie Vorbefunde aus Krankenhäusern oder von anderen Ärzten mitgebracht ) ( wenn ja, bitte an der Anmeldung abgeben)

ja  nein

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

Haben Sie Interesse an einer Bluthochdruckschulung teilzunehmen?

ja  nein

**Bitte 3te Seite beachten!**

MVZ Ambulantes  
Kardiologisches Zentrum Peine

Duttenstedter Straße 11, 31224 Peine  
Tel: +49 (0)5171 - 76 73 0  
Fax: +49 (0)5171 - 76 73 20  
praxis@kardiologie-peine.de

**Vor-/ Nachname:** \_\_\_\_\_

**Geburtsdatum:** \_\_\_\_\_

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.

\_\_\_\_\_  
**Datum/Ort**

\_\_\_\_\_  
**Unterschrift**