

Anamnesebogen Carotis

Vor-/ Nachname: _____

Geburtsdatum: _____

Telefonnummer: _____

Haben/ hatten Sie schon mal Sehstörungen?

ja nein Wie lange? _____

Haben/ hatten Sie schon mal Lähmungserscheinungen?

ja nein Wie lange? _____

Haben / hatten Sie schon mal Sprachstörungen?

ja nein Wie lange? _____

Wurde bei Ihnen die Halsschlagader(Carotis) schon mal kontrolliert?

ja nein Wo? _____

Wenn ja, wurde schon mal Kalk festgestellt? ja nein

Rauchen Sie?

ja nein

Sind Ihre Blutfettwerte/ Cholesterinwerte erhöht?

ja nein weiß ich nicht

Sind Sie Zuckerkrank/ Diabetes?

ja nein weiß ich nicht

Bitte 2te 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: _____

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: _____

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

Nehmen Sie beim Hausarzt am DMP- Programm teil?

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