



JOCHHEIM
MEDIZIN

MEDIZINISCHES
VERSORGUNGSZENTRUM

KARDIOLOGIE
GASTROENTEROLOGIE

JOCHHEIM MEDIZIN MVZ - AUGUSTA STRASSE 17 - 19 - 45525 HATTINGEN

Name + Anschrift:

Montag bis Donnerstag
08.00 - 16.00 Uhr
Freitag
08.00 - 13.00 Uhr

Tel.: 02324 - 977944 - 0
Fax.: 02324 - 977944 - 9
E-Mail: info@jochheim-medizin.de
Web: www.jochheim-medizin.de

Alle Kassen / Privat

Versicherung: _____

Anamnesebogen

Geburtsdatum: _____

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

wir bitten Sie die folgenden Fragen so gut Sie können, zu beantworten. Wenn Sie Schwierigkeiten haben oder Hilfe benötigen, wenden Sie sich bitte an uns.

1. Wie groß und wie schwer sind Sie? _____ cm _____ kg
2. Besteht bei Ihnen eine Zuckerkrankheit? Ja Nein
3. Rauchen Sie? Ja Nein
Wenn ja: Wie viele Zigaretten am Tag? _____
4. Sind bei Ihnen erhöhte Blutfettwerte bekannt? Ja Nein
5. Leiden Sie unter Bluthochdruck? Ja Nein
Wenn ja: Seit wann? _____
6. Sind in Ihrer Familie Gefäßerkrankungen (Herzinfarkt/Schlaganfall) aufgetreten? Ja Nein
7. Bestehen Allergien/Medikamentenunverträglichkeiten? Ja Nein
Wenn ja: Welche? _____

Bitte weiter auf der nächsten Seite

Kardio-CT und Kardio-MRT
Herzkatheterlabor am Elisabeth-Krankenhaus Essen

Leitung Jochheim Kardiologie (Telefon: 02324 - 977944 - 0)
Leitung Jochheim Gastroenterologie (Telefon: 02324 - 977949 - 0)

Jochheim Medizin MVZ
Kardiologie
Gastroenterologie
Qualitätsmanagement

Praxisadresse:
Augustastrasse 17 - 19
45525 Hattingen

Anamnesebogen Seite 2

8. Liegt bei Ihnen eine Kontrastmittelallergie vor? Ja Nein
9. Bestehen ernsthafte Vorerkrankungen? Ja Nein
10. Sind Sie schon einmal operiert worden? Ja Nein
Wenn ja: Was wurde operiert? _____
11. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Ja Nein
Wenn ja: Welche? _____

Medikament	morgens	mittags	abends

12. Welche Hauptbeschwerden liegen vor?
- _____
- _____

13. Bestehen Schmerzen in der Brust? Ja Nein
14. Leiden Sie unter Luftnot? Ja Nein
15. Besteht eine verminderte körperliche Belastbarkeit? Ja Nein
16. Bemerkten Sie Herzstolpern oder Herzasen? Ja Nein
17. Lag bei Ihnen eine Bewusstlosigkeit vor? Ja Nein

Patientenerklärung zur Weitergabe und Einholung von medizinischen Befunden

Ich erkläre, dass ich mit der Übersendung des Befundberichts an den überweisenden Arzt bzw. meinen Hausarzt und an weiterbehandelnde Kollegen einverstanden bin. Darüber hinaus erkläre ich mein Einverständnis zur Anforderung notwendiger Verbefunde vorbehandelnder Kollegen und Krankenhausabteilungen durch die Kardiologische Praxis Dr. Jochheim.

Hattingen, (Datum)

Unterschrift Patientin/Patient