



Name + Anschrift:

---

---

---

---

---

Montag bis Donnerstag  
07.30 - 15.30 Uhr  
Freitag  
07.30 - 13.30 Uhr

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

Alle Kassen / Privat

Krankenversicherung: \_\_\_\_\_

# 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 →**

## Anamnesebogen Seite 2

8. Liegt bei Ihnen eine Kontrastmittelallergie vor? Ja  Nein

9. Bestehen ernsthafte Vorerkrankungen? Ja  Nein

Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

10. Sind Sie schon einmal operiert worden? Ja  Nein

Wenn ja: Was wurde operiert? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

11. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

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 Herzrasen? 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 Befundberichtes an den überweisenden Arzt bzw. meinen Hausarzt und an weiterbehandelnde Kollegen einverstanden bin. Darüber hinaus erkläre ich mein Einverständnis zur Anforderung notwendiger Vorbefunde vorbehandelnder Kollegen und Krankenhausabteilungen durch die Kardiologische Praxis Dr. Jochheim.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patientin/Patient