



Krankenvorgeschichte (Anamnese)

Datum: _____

Patientennr.: _____

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Telefon: _____

Krankenkasse: _____

Beruf: _____

Größe: _____

Gewicht: _____

Sind bei Ihnen folgende Erkrankungen bekannt (Zutreffendes bitte ankreuzen):

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Herzinfarkt | <input type="checkbox"/> Gefäßerkrankungen/-OPs |
| <input type="checkbox"/> Herzklappenfehler | <input type="checkbox"/> Schlaganfall |
| <input type="checkbox"/> Herzoperationen | <input type="checkbox"/> Thrombose |
| <input type="checkbox"/> Herzschwäche | <input type="checkbox"/> Lungenembolie |
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Asthma |
| <input type="checkbox"/> Sonstige Herzerkrankungen | <input type="checkbox"/> Gelbsucht |
| <input type="checkbox"/> Fettstoffwechselstörung | <input type="checkbox"/> Gelenkrheuma |
| <input type="checkbox"/> Hoher Blutzucker (Diabetes) | <input type="checkbox"/> Nierenerkrankung / -schwäche |
| <input type="checkbox"/> Dialyse | <input type="checkbox"/> Krebsleiden |
| <input type="checkbox"/> Magengeschwür | <input type="checkbox"/> leiblich Verwandte mit Herzinfarkt / Schlaganfall |

Ist bei Ihnen eine Allergie gegen Kontrastmittel, Medikamente (z.B. Penicillin) oder andere Stoffe (z.B. Pollen) bekannt? Welche Medikamente vertragen Sie bisher nicht?

Ist bei Ihnen schon einmal eine Herzkatheteruntersuchung durchgeführt worden?

Welche Beschwerden haben Sie zur Zeit?

Risikofaktoren:

- Hypertonie
- Diabetes
- Hyperlipidämie
- Nikotin
- Pos. Familienanamnese