

1. Anmeldebogen

I. Angaben zu Ihrer Person:		Datum:	
Nachname			
Vorname			
Geburtsdatum		Geschlecht	
Größe in cm		Gewicht in kg	
Familienstand		Anzahl der Kinder	
Straße, Hausnr.			
PLZ, Wohnort			
Beruf			
Kontaktdaten	Privat #:		
	Geschäftlich #:		
	E-Mail:		
II. Krankenversicherung <i>(Wenn Sie eine Versicherungskarte besitzen, dann lesen wir sie gerne ein)</i>			
	Private Krankenkasse		
	Gesetzliche Krankenkasse mit privater Zusatzversicherung im ambulanten Bereich		
	Selbstzahler		
Name der Krankenversicherung			
Details der Versicherung			

2. Anamnesebogen

I. Grund für Ihren Besuch:			
Allgemeine Vorsorgeuntersuchung (Check-Up)			
Kardiovaskulärer Check-up			
Angiologische Untersuchung			
Verlaufskontrolle einer bekannten Erkrankung	Welche?		
Anderer Grund:			
Wann war Ihre letzte Vorsorgeuntersuchung?			
II. Haben Sie eine der folgenden Symptome?			
Brustschmerzen (Angina Pectoris)?	Nein	Ja	
Luftnot bei Belastung?	Nein	Ja	
Unregelmäßiger Herzrhythmus?	Nein	Ja	
Umfangvermehrung der Beine?	Nein	Ja	
Schmerzen in den Beinen beim Gehen?	Nein	Ja	
III. Vorerkrankungen und Risikofaktoren:			
Allergien	Nein	Ja	Unbekannt
Bluthochdruck	Nein	Ja	Unbekannt
Diabetes (Typ 1 oder 2)	Nein	Ja	Unbekannt
Raucher/-in	Nein	Ja	Unbekannt
Erhöhte Fettwerte	Nein	Ja	Unbekannt
Chronisches Koronarsyndrom	Nein	Ja	Unbekannt
Anderer Herzerkrankung (z.B. Klappen)	Nein	Ja	Unbekannt
Herzrhythmusstörung	Nein	Ja	Unbekannt
Periphere arterielle Verschlusskrankung	Nein	Ja	Unbekannt
Schlaganfall oder TIA	Nein	Ja	Unbekannt

Venenerkrankung	Nein	Ja	Unbekannt
Asthma bronchiale	Nein	Ja	Unbekannt
Chronische Bronchitis (COPD)	Nein	Ja	Unbekannt
Andere Lungenerkrankung	Welche?		
Nierenerkrankung	Nein	Ja	Unbekannt
Schilddrüsenerkrankung	Welche?		
Magen-Darm-Erkrankung	Nein	Ja	Unbekannt
Neurologische Erkrankung	Nein	Ja	Unbekannt
Rückenbeschwerden	Nein	Ja	Unbekannt
Hatten Sie jemals eine Operation oder eine interventionelle Therapie?			
Welche Operation?			
Herzkatheter oder Gefäß-Katheter?			

IV. Medikation:

Bitte listen Sie alle verordneten und freikäuflichen Medikamente/ Salben / Sprays auf, die Sie regelmäßig verwenden

(Falls Sie einen Medikamentenplan mit QR-Code haben, können wir Ihren Plan einscannen)

Medikament	Dosierung	morgens	mittags	abends
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				