

# CENTE CARDIOLOGIQUE SCHIFFLANGE

DR. MEDIC W. ABDELLI

DR. MD/UNIV JERUSALEM M. GHANEM

---

## Anamnesebogen

---

*Adresse:*

2 Rue de Drusenheim  
L-3884 Schifflange  
Luxemburg

*Tel: +352 53 18 66 200*

*E-Mail: [info@ccs-cardio.lu](mailto:info@ccs-cardio.lu)*

*Web: [ccs-cardio.lu](http://ccs-cardio.lu)*



## Anamnesebogen

Liebe Patientin, lieber Patient,

Wir freuen uns Sie im kardiologischen Zentrum Schifflingen begrüßen zu dürfen. Um Sie optimal beraten zu können, bitten wir Sie den folgenden Fragebogen auszufüllen. Um Ihnen und uns eine optimale Vorbereitung auf Ihren Termin zu ermöglichen, bitten wir Sie den folgenden Fragebogen ausfüllen:

### 1. Persönliche Daten:

Name:  Geburtsdatum:

Telefon:  CNS. Nr.:

E-Mail:  Hausarzt:

Körpergröße (in cm):  Gewicht (in kg):

Grund des Besuchs:

### 2. Erkrankungen - Patient:

Sind folgende Erkrankungen bei Ihnen bekannt? Wenn ja, seit wann?

Ja	Nein	Bluthochdruck	Seit: <input type="text"/>
		Wie hoch war Ihr letztgemessener Blutdruckwert:	<input type="text"/>
Ja	Nein	Herzinfarkt	Seit: <input type="text"/>
Ja	Nein	Andere Herzerkrankungen/Herzklappenfehler	Seit: <input type="text"/>
Ja	Nein	Diabetes mellitus	Seit: <input type="text"/>
Ja	Nein	Fettstoffwechselstörung/erhöhte Cholesterinwerte	Seit: <input type="text"/>
Ja	Nein	Schlaganfall	Seit: <input type="text"/>
Ja	Nein	Durchblutungsstörung der Beine	Seit: <input type="text"/>
Ja	Nein	Lungenerkrankungen/Asthma bronchiale, chronische Bronchitis	Seit: <input type="text"/>
Ja	Nein	Thrombose/Lungenembolie	Seit: <input type="text"/>
Ja	Nein	Bluterkrankungen/Gerinnungsstörungen	Seit: <input type="text"/>
Ja	Nein	Krebserkrankungen	Seit: <input type="text"/>
Ja	Nein	Psychische Erkrankungen/Depressionen/Angsterkrankungen	Seit: <input type="text"/>
Ja	Nein	Operationen/Unfälle	Seit: <input type="text"/>
Ja	Nein	Schlafstörung	Seit: <input type="text"/>
Ja	Nein	Sonstige Erkrankungen	Seit: <input type="text"/>

