

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

### 3. Erkrankungen - Familie:

Sind in Ihrer blutsverwandten Familie (z.B. Eltern, Geschwister, Kinder) folgende Erkrankungen vor dem 60. Lebensjahr aufgetreten?

Ja    Nein    Schlaganfall  
Ja    Nein    Herzinfarkt  
Ja    Nein    Bluthochdruck  
Ja    Nein    Diabetes mellitus  
Ja    Nein    Fettstoffwechselstörungen, erhöhtes Cholesterin

### 4. Check-up:

Rauchen:    Ja    Nein    Seit wann?:  
Wenn „Ja“, wie viele Zigaretten rauchen Sie am Tag:

Alkohol:    Ja    Nein    Seit wann?:  
Wenn „Ja“, wie viel und wie häufig:

Letzte kardiologische Untersuchung:

### 5. Medikamente:

Welche Medikamente nehmen Sie ein (Bitte Angabe des Präparates und der Dosis):

Medikament	morgens	mittags	abends

Haben Sie bekannte Allergien (vor allem gegen Medikamente)?

Ja    Nein    Bekannte Allergien    Wenn „Ja“, welche:

**Wichtig:** Bringen Sie Bitte zu jedem Termin eine aktuelle Übersicht Ihrer Medikamente!

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit meiner freiwillig gemachten Angaben und gestatte dem kardiologischen Zentrum Schifflingen, meine Daten in meiner Patientenakte zu hinterlegen. Diese Angaben sind ausschließlich für den internen Gebrauch meiner Behandlung im kardiologischen Zentrum Schifflingen vorgesehen und dürfen nicht an Dritte weitergegeben werden.

Datum

Unterschrift

Bemerkungen für den Arzt - Bitte nicht ausfüllen: