

Kardiologischer Anamnesebogen

A. Allgemeine Angaben

Krankenkasse: _____

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Telefonnummer: _____

Hausarzt (Name & Ort): _____

Beruf / Tätigkeit: _____

B. Aktuelle Beschwerden

Welche Beschwerden bestehen aktuell? (Mehrfachnennungen möglich)

- ☐ Brustschmerzen / Engegefühl
- ☐ Atemnot (Belastung oder in Ruhe)
- ☐ Herzstolpern / Herzrasen
- ☐ Schwindel / Ohnmacht
- ☐ Beinschwellungen
- ☐ Leistungsknick / Erschöpfung
- ☐ Andere: _____

C. Bisherige kardiologische Diagnosen

- ☐ Bluthochdruck
- ☐ Herzinfarkt
- ☐ Herzschwäche (Herzinsuffizienz)
- ☐ Herzrhythmusstörung (z.B. Vorhofflimmern)
- ☐ Herzklappenerkrankung
- ☐ Koronare Herzkrankheit (KHK)
- ☐ Schlaganfall / TIA
- ☐ Andere: _____

D. Weitere Vorerkrankungen / Risikofaktoren

- ☐ Diabetes mellitus
- ☐ Fettstoffwechselstörung / erhöhter Cholesterinspiegel
- ☐ Nierenerkrankung
- ☐ Raucher/in
- ☐ Familiäre Herzerkrankungen (Eltern/Geschwister)
- ☐ Andere: _____
- ☐ Stattgefundene, relevante Operationen _____

..bitte Blatt wenden

Erstellt von:	LP	Erstellt am:	29.06.2026	Unterschrift:	Version: 1.0 vom: 29.06.2026
Geändert von:		Geändert am:		Unterschrift:	
Geprüft von:	PR	Geprüft am:	29.06.2026	Unterschrift:	Seite: 1 von: 2
Freigegeben von:	HK	Freigegeben am:	29.06.2026	Unterschrift:	

MVZ St. Wendeler Land GmbH St. Annenstraße 10a 66606 St. Wendel	FB_Anamnese kardiologisch	
--	------------------------------	---

F. Lebensstil

Körpergewicht: _____ kg Größe: _____ cm
 Raucher: ☐ nie ☐ früher ☐ aktuell: _____ Zigaretten/Tag
 Alkohol: ☐ nie ☐ gelegentlich ☐ regelmäßig
 Sport / Bewegung: ☐ selten ☐ gelegentlich ☐ regelmäßig

G. Diagnostik

Letzte:

☐ EKG	Datum: _____
☐ Belastungs-EKG	Datum: _____
☐ Langzeit-EKG	Datum: _____
☐ Langzeit-Blutdruckmessung	Datum: _____
☐ Echokardiographie (Herzultraschall)	Datum: _____
☐ Herz-CT / Herz-MRT / Herzkatheter	Datum: _____
☐ Laborwerte / Arztbriefe	Datum: _____
☐ Hypertonie-Schulung	Datum: _____
☐ Krankenhausaufenthalt (Herzbedingt)	Datum: _____

H. DMP

Sind Sie bereits bei Ihrem Hausarzt im

Disease-Management-Programm (DMP) KHK eingeschrieben? ☐ ja ☐ nein

Ort, Datum: _____

Unterschrift Patient/in: _____

Erstellt von:	LP	Erstellt am:	29.06.2026	Unterschrift:		Version: 1.0 vom: 29.06.2026
Geändert von:		Geändert am:		Unterschrift:		
Geprüft von:	PR	Geprüft am:	29.06.2026	Unterschrift:		Seite: 2 von: 2
Freigegeben von:	HK	Freigegeben am:	29.06.2026	Unterschrift:		