

## Kardiologische Praxis

Dr. med. Jonas Glombitza  
Facharzt für Innere Medizin und Kardiologie  
Grochlitzer Straße 53  
06618 Naumburg

Tel.: 03445-776227  
Fax: 03445-770123

---

### Anamnesebogen

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Telefonnummer(n): \_\_\_\_\_

Hausarzt: \_\_\_\_\_

Größe: \_\_\_\_\_ Gewicht: \_\_\_\_\_ Versicherung: \_\_\_\_\_

### aktuelle Beschwerden:

(bitte ankreuzen)

- Schmerzen / Beschwerden** (Druck, Stechen, Brennen, Engegefühl) im **Brustkorb** bei geringer / mittlerer / starker Belastung (bitte zutreffendes unterstreichen)
- Luftnot** bei körperlicher Anstrengung, Treppensteigen, bergaufwärts laufen geringer / mittlerer / starker Belastung (bitte zutreffendes unterstreichen)
- Herzstolpern**
- Herzrasen**
- Herzaussetzer**
- Drehschwindel / Schwankschwindel / Schwindel bei Lageveränderungen** (bitte zutreffendes unterstreichen)
- Kopfschmerzen**
- Gleichgewichtsstörungen**
- Sehstörungen**, wie Doppelbilder, Flimmern oder Blitze vor den Augen **in den letzten Wochen**
- Synkope** (Bewusstlosigkeit, Ohnmachtsanfälle, plötzlicher Gedächtnisverlust)
- Wassereinlagerungen** in den Beinen
- Wann und weshalb waren Sie **zuletzt** im **Krankenhaus**?:
  
- Bei welchen **Fachärzten** sind Sie außerdem in **regelmäßiger Behandlung** und warum?:

(bitte ankreuzen und ggfs. ergänzen)

- hoher Blutdruck, wenn ja, seit wann \_\_\_\_\_
- Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit), wenn ja, seit wann \_\_\_\_\_
- erhöhte Blutfette, wenn ja, seit wann \_\_\_\_\_

- chron. Lungenerkrankungen (COPD, Asthma)  
wenn ja, was und seit wann \_\_\_\_\_
- Schilddrüsenerkrankungen  
wenn ja, was und seit wann \_\_\_\_\_
- weitere chronische Erkrankungen: \_\_\_\_\_
  
- Trinken Sie Alkohol?: nie / selten / gelegentlich
- Rauchen Sie (wenn ja, wie viel und seit wann) **oder** haben sie mal geraucht (wann ja, wie viel und wie lange)?: \_\_\_\_\_
- Drogen (und / oder Schmerzmittel)?  
Wenn ja, was, wie viel, wie oft und seit wann: \_\_\_\_\_
  
- Welchen Beruf habe Sie erlernt?: \_\_\_\_\_
- Welche Tätigkeit üben Sie derzeit aus?: \_\_\_\_\_
  
- Ist eine oder sind mehrere der folgenden Erkrankungen in Ihrer Familie (Eltern, Großeltern, Geschwister) aufgetreten, wenn ja, bei wem:
  - Herzinfarkt: \_\_\_\_\_
  - Schlaganfall: \_\_\_\_\_

**Aktuelle Medikation (Präparat, Stärke, Dosierung):**

---

Datum und Unterschrift

**Bitte bringen Sie diesen Fragebogen ausgefüllt zu Ihrem Termin mit.  
Beachten Sie auch die Hinweise auf dem Terminzettel (wenn vorhanden).**

**Vielen Dank, Ihr Praxisteam.**