

**MVZ Dr. Konrads GmbH**  
**BAG Dr. med. Arno Konrads und**  
**Dr. med. Jolanda Konrads**

## Kardiologischer Anamnesebogen

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre gesundheitlichen Beschwerden unterhalten, möchten wir Sie bitten, die folgenden Fragen zu beantworten. Wir benötigen diese Informationen, um Sie erfolgreich behandeln zu können.

**Ihre Angaben sind freiwillig.**

Name, Vorname			
Geburtsdatum			
Straße			
PLZ / Ort			
Telefon			
Krankenkasse			
Hausarzt			
Beruf			

Größe in cm				Gewicht in kg					
Rauchen Sie?	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>	Schnarchen Sie?	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>

**Welche Krankheiten sind bei Ihnen bekannt? Mehrere Antworten sind möglich.**

Keine	<input type="checkbox"/>		
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>	Herzschwäche	<input type="checkbox"/>
Herzklappenfehler	<input type="checkbox"/>	Herzrhythmusstörungen	<input type="checkbox"/>
Herzoperationen	<input type="checkbox"/>	andere Herzerkrankungen	<input type="checkbox"/>
operative Eingriffe	<input type="checkbox"/>	Schlaganfall	<input type="checkbox"/>
Lungenembolie	<input type="checkbox"/>	Asthma	<input type="checkbox"/>
Nierenschwäche	<input type="checkbox"/>	andere Nierenerkrankungen	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	hoher Cholesterinspiegel	<input type="checkbox"/>
Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/>	Magengeschwüre	<input type="checkbox"/>
Lebererkrankungen	<input type="checkbox"/>	Rheuma	<input type="checkbox"/>
		Herzinfarkt	<input type="checkbox"/>
		Herzkatheteruntersuchung	<input type="checkbox"/>
		Gefäßerkrankungen	<input type="checkbox"/>
		Thrombose	<input type="checkbox"/>
		andere Lungenerkrankungen	<input type="checkbox"/>
		Dialyse	<input type="checkbox"/>
		Fettstoffwechselstörungen	<input type="checkbox"/>
		Gelbsucht	<input type="checkbox"/>
		Krebserkrankungen	<input type="checkbox"/>

**Traten bei Ihren Eltern oder Ihren Geschwistern im Alter von unter 70 Jahren Herzinfarkte oder Schlaganfälle auf?**

Ja       Nein

**Sind bei Ihnen Allergien oder Unverträglichkeiten bekannt? Mehrere Antworten sind möglich.**

Nein	<input type="checkbox"/>		
Gegen Antibiotika	<input type="checkbox"/>	Gegen andere Medikamente	<input type="checkbox"/>
Gegen Betäubungsmittel (z.B. Xylocain)	<input type="checkbox"/>	Gegen Jod	<input type="checkbox"/>
Gegen Kontrastmittel	<input type="checkbox"/>	Gegen Penicillin	<input type="checkbox"/>
Nahrungsmittelallergie	<input type="checkbox"/>	Pollenallergie	<input type="checkbox"/>
Insektengiftallergie	<input type="checkbox"/>	Gegen Pflaster	<input type="checkbox"/>
Andere Allergien	<input type="checkbox"/>		

**Besteht zurzeit eine Schwangerschaft?**

Ja       Nein

**Wie haben Sie uns gefunden? Mehrere Antworten sind möglich.**

Empfehlung durch Verwandte oder Bekannte	<input type="checkbox"/>	Empfehlung des Hausarztes	<input type="checkbox"/>
Internet	<input type="checkbox"/>	Praxisschild	<input type="checkbox"/>
Telefonbuch / Gelbe Seiten	<input type="checkbox"/>	Zeitung	<input type="checkbox"/>

**Welche Beschwerden haben Sie aktuell?**

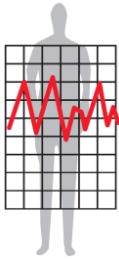
---



---



---



**Gesundheitszentrum Königstraße**  
**Gemeinschaftspraxis**  
**Dr. med. Arno Konrads und**  
**Dr. med. Jolanda Konrads**  
**MVZ Am Park Ville d'Eu**  
**MVZ Dr. Konrads GmbH**

Gesundheitszentrum Königstraße · Dr. med. Arno Konrads und Dr. med. Jolanda Konrads  
Königstraße 12 – 14 · 42781 Haan

## Einverständniserklärung



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

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

Wohnort: \_\_\_\_\_

Hiermit willige ich ein, das mich meine Arztpraxis mittels

Telefon, \_\_\_\_\_

E-Mail, \_\_\_\_\_

SMS, \_\_\_\_\_

an Vorsorgeuntersuchungen und / oder bevorstehende Termine erinnern darf.

Mir ist bewusst, dass ich diese Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann. Wir setzen Sie davon in Kenntnis, dass durch den Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt wird.

**Gemeinschaftspraxis Privat**  
**Dr. med. Arno Konrads**  
**Dr. med. Jolanda Konrads**

Königstraße 12 – 14  
42781 Haan  
Tel. 0 21 29. 26 20  
Fax 0 21 29. 3 16 51  
info@gesundheitszentrum-  
koenigstrasse.de  
www.gesundheitszentrum-  
koenigstrasse.de

**Dr. med. Arno Konrads**  
Facharzt für Innere Medizin  
Fachärztliche Versorgung

**Dr. med. Jolanda Konrads**  
Fachärztin für Anästhesiologie

Angestellte Ärzte:

**Galina Gelfer**  
Fachärztin für Innere Medizin

**Isa Ighrayeb**  
Facharzt für Allgemeinmedizin  
Naturheilverfahren, Homöopathie

**Dr. med. Dirk Schulte**  
Facharzt für Innere Medizin  
Nephrologie und Diabetologie

**Lena Dehißelles**  
Fachärztin für Innere Medizin

**Julia John**  
Fachärztin für Innere Medizin

**Dr. med. Michael Goldnau**  
Facharzt für Innere Medizin  
Kardiologie

**Dr. med. Noel Deist**  
Facharzt für Innere Medizin  
Kardiologie und Hypertensiologie

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient/in