

Anamnesebogen kardiologischer Check-Up für Diabetiker

Dr. med. Songül Secer
Leitung Telemedizin DEGEDI
Fachärztin für Innere Medizin - Kardiologie -
Universitätsstr. 142 • 44799 Bochum • Telefon: 0234 388 78 910 • Fax: 0234 388 78 912

Um Sie optimal betreuen zu können, möchten wir Sie bitten, folgende kurze Fragen zu beantworten.
Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Name:.....Vorname:

geb. am:..... PLZ/Ort:

Straße/Nr.:

Telefon: Fax:

Mobil: E-Mail:.....

Krankenkasse:

Beruf:

Größe:cm Gewicht:kg

Haben Sie Diabetes Mellitus? Typ 1 Typ 2 Anderer nicht bekannt

Wie hoch war der letzte HbA1c Wert?

.....%

Wann waren Sie zuletzt beim Augenarzt?

.....

Wann und wo war die letzte Herzkatheteruntersuchung?

.....

Navigation:
Josef-Hermann Dufhues-Platz

Sekretariat:
Frau Michaela Becker

Krankenhäuser/Kostenträger:
Petra Lellesch

Abteilung Gesundheitsökonomie:
Dr. med. Stefan Sokolowski (MBA)

Abrechnungswesen:
Laura Doczekalski
Kaufrau im Gesundheitswesen

Verwaltung:
Telefon: 0234 / 388 78 900
Telefax: 0234 / 388 78 901
E-Mail: telemedizin@degedi.de
Internet: www.degedi.de

DEGEDI
Pro Physio GmbH
AG Bochum HRB 13379
Geschäftsführer:
Priv.-Doz. Dr. med. Bodo Brandts
Laura Doczekalski
Dr. med. Stefan Sokolowski

Bankverbindung:
Deutsche Apotheker- und
Ärztebank
Konto Nr.: 000 841 30 88
BLZ: 300 606 01
IBAN: DE583006060100084130 88

Erkrankungen

- Leiden Sie unter Atemnot? Ja Nein nicht bekannt
- Liegt bei Ihnen Bluthochdruck vor? Ja Nein nicht bekannt
- Liegt bei Ihnen eine Koronare Herzkrankheit (Verengung/Verkalkung der Herzkranzgefäße) vor? Ja Nein nicht bekannt
- Ist bei Ihnen ein Herzinfarkt bekannt? Ja Nein nicht bekannt
- Ist bei Ihnen ein Schlaganfall bekannt? Ja Nein nicht bekannt
- Liegt bei Ihnen eine Herzschwäche vor? Ja Nein nicht bekannt
- Liegt bei Ihnen eine Nierenschwäche vor? Ja Nein nicht bekannt
- Liegt bei Ihnen eine Schilddrüsenunter oder -überfunktion vor? Ja Nein nicht bekannt
- Liegt bei Ihnen eine periphere arterielle Verschlusskrankheit (z.B. Durchblutungsstörung der Beine) vor? Ja Nein nicht bekannt

Unter welchen sonstigen Erkrankungen leiden Sie?

.....

Lebensstil

Wie viele Stunden am Tag sitzen Sie vor dem Fernseher/Computer?

.....Std.

- Leben Sie alleine? Ja Nein
- Treiben Sie Sport? Ja Nein
- Wenn ja, wie oft und welche Sportart?

.....

- Ist Ihre Bewegung eingeschränkt? Ja Nein
- Wenn ja, warum?

.....

- Rauchen Sie oder haben Sie früher geraucht? Ja Nein
- Wenn ja, wie viel am Tag und seit wann ?

.....

Wenn früher geraucht wie viel am Tag und seit wann nicht mehr?

.....

- Trinken Sie Alkohol? Ja Nein
- Wenn ja, wie viel am Tag und seit wann?

.....

Sind bei Ihnen Allergien bekannt?

Ja Nein

Wenn ja, welche?

.....

Haben Sie einen Diabetologen?

Ja Nein

Für Patientinnen: Besteht bei Ihnen eine Schwangerschaft? Ja Nein

Für Patienten: Besteht bei Ihnen eine Erektionsstörung? Ja Nein

Für Patienten: Besteht bei Ihnen eine Prostatavergrößerung? Ja Nein

Ja, ich bin damit einverstanden, dass Befunde (z.B. Arztbriefe, Berichte, Labor etc.) an andere Ärzte / Krankenhäuser weitergegeben werden dürfen. Mein Einverständnis kann ich jeder Zeit widerrufen.

Datum

Unterschrift