

## Anamnesebogen

Liebe Patientinnen und Patienten,

Patientenetikett

wir begrüßen Sie in unserer interdisziplinären Herzinsuffizienzambulanz und freuen uns, dass Sie sich mit Ihren „Herzangelegenheiten“ vertrauensvoll an uns wenden. Bitte füllen Sie den nachfolgenden Fragebogen aus, damit im Anschluss mehr Zeit für das persönliche Gespräch bleibt.

### Aus welchem Anlass kommen Sie zu uns in die Herzinsuffizienzambulanz?

- Akut wegen...       Geplante Vorstellung wegen...       Routine-Kontrolle wegen...
- 

Haben Sie **Herz- oder Brustschmerzen**?    nein       ja, im Verlauf stabil       ja, zunehmend

**Wenn ja, wann** treten die Herz- oder Brustschmerzen auf?

- in Ruhe       bei leichter Belastung (z.B. Ankleiden)       bei schwerer Belastung (z.B. Treppensteigen)  
 bei sehr schwerer Belastung (z.B. schwere Gartenarbeit, Tragen von Getränkekisten)

**Wie fühlen sich die Schmerzen an?**

- stechend       brennend       drückend       ziehend       beengend  
 wenige Sekunden andauernd       einige Minuten andauernd       Stunden oder Tage andauern  
 in den Hals/Rücken oder Arm ausstrahlend       verstärkt bei Belastung       begleitet von Luftnot  
 Nitro-Spray lindert die Schmerzen

Haben Sie **hohen Blutdruck**?       nein       ja

Wie hoch war Ihr Blutdruck in letzter Zeit durchschnittlich?      \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ mmHg

Sind Sie **Raucher** oder haben Sie geraucht?       nein       ja, \_\_\_\_\_ Jahre bis \_\_\_\_\_

Leiden Sie an einer **Erhöhung der Blutfette**?       nein       ja      LDL-Wert: \_\_\_\_\_ mg/dl

Leiden Sie an einer **Erhöhung des Blutzuckers**?       nein       ja      HbA1c-Wert: \_\_\_\_\_ %

**Bewegen** Sie sich durchschnittlich weniger als 150 min pro Woche?       nein       ja

Achten Sie auf Ihre **Ernährung**?       nein       ja

Hatten Ihre **Eltern/Geschwister** Durchblutungsstörungen des Herzens vor dem 65. Lebensjahr (z.B. Herzinfarkt, Bypass-OP, Stentimplantation)?       nein       ja

Sind Sie schon einmal **bewusstlos** geworden?

nein       ja, wann und wo? \_\_\_\_\_

Haben Sie plötzlich auftretende **Schwindelanfälle**?

nein       ja, beim Aufstehen oder Bücken       ja, bei körperlicher Belastung

Verspüren Sie zeitweilig einen **unregelmäßigen Herzschlag**?       nein       ja

Verspüren Sie im Alltag Luftnot?  nein  ja, im Verlauf stabil  ja, zunehmend

Wenn ja, wann tritt die Luftnot auf?

- in Ruhe  bei leichter Belastung (z.B. Ankleiden)  bei schwerer Belastung (z.B. Treppensteigen)  
 bei sehr schwerer Belastung (z.B. schwere Gartenarbeit, Tragen von Getränkekisten)

Wie viele Etagen können Sie **Treppensteigen** ohne stehen zu bleiben? \_\_\_\_\_ Etagen

Müssen Sie nachts zum **Wasserlassen** aufstehen?  nein  ja, \_\_\_\_\_ mal

Müssen Sie nachts mit **erhöhtem Oberkörper** schlafen?  nein  ja

Sind Ihre **Knöchel und Unterschenkel** zeitweise **geschwollen**?  nein  ja

Waren Sie im vergangenen Jahr aufgrund von **Herzschwäche im Krankenhaus**?

nein  ja, wann und wo? \_\_\_\_\_

Wie **groß** sind Sie? \_\_\_\_\_ cm Wie viel **wiegen** Sie? \_\_\_\_\_ kg „**Trockengewicht**“ \_\_\_\_\_ kg

Hat sich Ihr **Körpergewicht** verändert?

nein  ja, ich habe \_\_\_\_\_ kg abgenommen  ja, ich habe \_\_\_\_\_ kg zugenommen

Wieviel **Flüssigkeit** nehmen Sie pro Tag zu sich? \_\_\_\_\_ l Flüssigkeit/Tag

Wie würden Sie Ihren **gegenwärtigen Gesundheitszustand** beschreiben?

- sehr gut  gut  zufriedenstellend  weniger gut  schlecht  sehr schlecht

### Dauermedikation

Bitte führen Sie in folgender Tabelle alle Medikamente auf, die Sie derzeit einnehmen:

Präparat	Wirkstärke in mg oder µg	Tablettenanzahl			
		morgens	mittags	abends	zur Nacht
Beispiel: <i>Bisoprolol</i>	<i>5 mg</i>	<i>1</i>	<i>0</i>	<i>1</i>	<i>0</i>

Bei Fragen helfen wir Ihnen gerne weiter. Herzlichen Dank für Ihre Mithilfe!