



St. Franziskus-Hospital, Hohenzollernring 70, 48145 Münster

**III. Medizinische Klinik
Kardiologie, Angiologie &
Elektrophysiologie
Prof. Dr. med. Sebastian Reith
Chefarzt**

**Frauensprechstunde:
Dr. med. Jennifer von Heydebrand
Dr. med. Annabel Loges**

**Zentrale Aufnahme
Tel. 02 51 / 9 35-44 00
kardiologie@sfh-muenster.de**

ANAMNESEBOGEN Frauensprechstunde

BASISDATEN

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Adresse:

Telefon:

E-Mail:

Hausärztin/Hausarzt:

Überweisende/r Fachärztin/Facharzt:

Krankenversicherung gesetzlich:

Private Zusatzversicherung:

Krankenversicherung privat:

AKTUELLE BESCHWERDEN (ZUTREFFENDES ANKREUZEN)

☐ Brustschmerzen

Wenn ja, Art, Dauer und Auslöser:

☐ Luftnot/Kurzatmigkeit

Wenn ja, in Ruhe oder unter Belastung:

☐ Herzstolpern/Herzrasen

Wenn ja, Dauer und Auslöser:

☐ Ohnmachtsanfälle

Wenn ja, Art, Dauer und Auslöser:

☐ Schwindel

Wenn ja, Art, Dauer und Auslöser:

☐ Blutdruckprobleme

Wenn ja, weitere Angaben:

☐ Leistungsminderung/Erschöpfung

☐ Wassereinlagerungen

☐ Beschwerden zyklusabhängig?

☐ Beschwerden schwangerschaftsassoziiert
(aktuelle oder vorherige Schwangerschaft)

KARDIOVASKULÄRE VORERKRANKUNGEN

(ZUTREFFENDES ANKREUZEN)

☐ Erkrankung der Herzkranzgefäße (Koronare Herzerkrankung), Herzinfarkte
Wenn ja, letzte Herzkatheteruntersuchung (Wann und Wo):

☐ Herzschwäche
Wenn ja, letzte Herzultraschalluntersuchung (Wann und Wo):

☐ Herzrhythmusstörungen (z. B. Vorhofflimmern, Vorhofflattern etc.)
Wenn ja, stattgehabte Kardioversionen, Ablationen (Wann und Wo):

☐ Herzklappenerkrankungen
Wenn ja, weitere Angaben:

☐ Strukturelle Herzerkrankung (Kardiomyopathie)
Wenn ja, weitere Angaben:

☐ Lungenhochdruck
Wenn ja, Anbindung an PH-Zentrum?

☐ Angeborener Herzfehler
Wenn ja, weitere Angaben:

☐ Zurückliegende operative oder interventionelle Eingriffe am Herzen
Wenn ja, wann und wo:

KARDIOVASKULÄRES RISIKOPROFIL

☐ Bluthochdruck

☐ Nikotinabusus/E-Zigarette

Wenn ja, wie viele Zigaretten täglich und seit wann?

☐ Erhöhte Cholesterinwerte

LDL-Cholesterin: _____ mg/dl (Datum: vom _____)

Lipoprotein(a): _____ mg/dl (Datum: vom _____)

Körpergröße: _____ cm

Körpergewicht: _____ kg

BMI (falls bekannt): _____

☐ Diabetes mellitus

Wenn ja, welcher Typ und wann Erstdiagnose:

FAMILIÄRE ERKRANKUNGEN

Fälle von folgenden Ereignissen bei Verwandten 1. oder 2. Grades
(Wenn ja, Verwandtschaftsgrad und Lebensalter angeben):

☐ Herzinfarkte/Stentimplantationen

Verwandtschaftsgrad/Alter:

☐ Plötzlicher Herztod

Verwandtschaftsgrad/Alter:

☐ Strukturelle Herzerkrankungen

Verwandtschaftsgrad/Alter:

☐ Defibrillator- oder Schrittmacher-Versorgung

Verwandtschaftsgrad/Alter:

☐ Rhythmusstörungen
Verwandtschaftsgrad/Alter:

☐ Thrombosen, Lungenembolie
Verwandtschaftsgrad/Alter:

☐ Schlaganfälle
Verwandtschaftsgrad/Alter:

RELEVANTE BEGLEITERKRANKUNGEN

- ☐ Schilddrüsenerkrankung
- ☐ Autoimmunerkrankung/Rheuma
- ☐ Migräne
- ☐ Depression/Angststörung
- ☐ Chronische Nierenerkrankung
- ☐ Schlafapnoesyndrom

Details (optional):

GYNÄKOLOGISCH-ENDOKRINOLOGISCHE ANAMNESE

Alter bei Menarche (1. Periodenblutung): _____ Jahre
Zyklusunregelmäßigkeiten:

Alter bei Menopause (letzte Periodenblutung): _____ Jahre
Regelmäßige gynäkologische Vorsorge (z. B. jährlich):

Hormonelle Kontrazeption (Art, Dauer):

Hormonersatztherapie (Art, Dauer):

Schwangerschaften (Anzahl): _____

Bitte ankreuzen, falls zutreffend:

- ☐ Schwangerschaftsvergiftung (Präeklampsie)
 - ☐ Schwangerschaftsbluthochdruck
 - ☐ Schwangerschaftsdiabetes
 - ☐ Frühgeburt
-

LEBENSSTILFAKTOREN

☐ Alkohol

Wenn ja, Häufigkeit und Menge:

Körperliche Aktivität (Art, Häufigkeit, Dauer):

☐ Besondere Ernährungsgewohnheiten (z. B. vegetarisch, vegan):

☐ Besondere Stressbelastungen (familiär, beruflich):

Schlafdauer/-qualität:

ALLERGIEN/UNVERTRÄGLICHKEITEN

Medikamente (Allergien/Unverträglichkeiten):

Art der Reaktion:

Sonstiges (z. B. Nahrungsmittel, Kontrastmittel):

VORBEFUNDE

(BITTE GESONDERT EINREICHEN, FALLS VORHANDEN)

- Arztbriefe (Kardiologie, Pulmologie, Innere Medizin, Gynäkologie)
 - EKG's (Ruhe-EKG, Langzeit-EKG)
 - Herzultraschalluntersuchungen
 - Belastungstests (Belastungs-EKG, Spiroergometrie, Stressechokardiographie)
 - Herz-CT/MRT
 - Herzkatheterberichte
 - Relevante Laborbefunde (Cholesterinwerte, HbA1c, TSH, Nierenfunktionsparameter)
 - Aktueller Medikamentenplan
-

AKTUELLE FRAGESTELLUNG DER PATIENTIN**(ZUTREFFENDES ANKREUZEN)**

- ☐ Kardiologische Erstvorstellung
- ☐ Zweitmeinung
- ☐ Therapieoptimierung
- ☐ Schwangerschaftsberatung
- ☐ Prävention/Herzgesundheit
- ☐ Sporttauglichkeit

Freitext zur Fragestellung / Erwartungen an den Termin:
