



# DR. W. ABDELLI

CARDIOLOGIE MODERNE

---

## Anamnesebogen

---

***Standort Luxembourg ville:***

8 Rue Mil Neuf Cents  
L-2157 Gare Luxembourg  
Luxemburg

***Standort Sanem:***

15 Quartier de l'Eglise  
L-4987 Sanem  
Luxemburg

***Standort Schifflange:***

2 Rue de Drusenheim  
L-3884 Schifflange  
Luxemburg

*E-Mail: [info@dr-abdelli.lu](mailto:info@dr-abdelli.lu)*

*Web: [dr-abdelli.lu](http://dr-abdelli.lu)*



## Anamnesebogen

Liebe Patientin, lieber Patient,

Wir freuen uns Sie in der Praxis Dr. Abdelli begrüßen zu dürfen. Um Sie optimal beraten zu können, bitten wir Sie den folgenden Fragebogen auszufüllen. Um Ihnen und uns eine optimale Vorbereitung auf Ihren Termin zu ermöglichen, bitten wir Sie den folgenden Fragebogen ausfüllen:

### 1. Persönliche Daten:

Name:  Geburtsdatum:   
Telefon:  CNS. Nr.:   
E-Mail:  Hausarzt:   
  
Körpergröße (in cm):  Gewicht (in kg):

Grund des Besuchs:

### 2. Erkrankungen - Patient:

**Sind folgende Erkrankungen bei Ihnen bekannt? Wenn ja, seit wann?**

|    |      |  |                            |
|----|------|--|----------------------------|
| Ja | Nein | Bluthochdruck  | Seit: <input type="text"/> |
|    |      | Wie hoch war Ihr letztgemessener Blutdruckwert: <input type="text"/> |                            |
| Ja | Nein | Herzinfarkt  | Seit: <input type="text"/> |
| Ja | Nein | Andere Herzerkrankungen/Herzklappenfehler                            | Seit: <input type="text"/> |
| Ja | Nein | Diabetes mellitus  | Seit: <input type="text"/> |
| Ja | Nein | Fettstoffwechselstörung/erhöhte Cholesterinwerte                     | Seit: <input type="text"/> |
| Ja | Nein | Schlaganfall   | Seit: <input type="text"/> |
| Ja | Nein | Durchblutungsstörung der Beine                                       | Seit: <input type="text"/> |
| Ja | Nein | Lungenerkrankungen/Asthma bronchiale, chronische Bronchitis          | Seit: <input type="text"/> |
| Ja | Nein | Thrombose/Lungenembolie  | Seit: <input type="text"/> |
| Ja | Nein | Bluterkrankungen/Gerinnungsstörungen                                 | Seit: <input type="text"/> |
| Ja | Nein | Krebserkrankungen  | Seit: <input type="text"/> |
| Ja | Nein | Psychische Erkrankungen/Depressionen/Angsterkrankungen               | Seit: <input type="text"/> |
| Ja | Nein | Operationen/Unfälle  | Seit: <input type="text"/> |
| Ja | Nein | Schlafstörung  | Seit: <input type="text"/> |
| Ja | Nein | Sonstige Erkrankungen  | Seit: <input type="text"/> |

