



## Anamnesebogen Kinderkardiologie

Name des Kindes

Name

Vorname

Geb.Datum

Datum der Vorstellung

### Grund für die Vorstellung

Aktuelle Beschwerden. Wenn ja, welche?

Kontrolle vor oder während  
einer Medikamententherapie

ja

nein

Beurteilung für Sporttauglichkeit

ja

nein

Vorliegen familiärer Erkrankungen

ja

nein

Kontrolle bei bekannter Herzerkrankung

ja

nein

Zufällig festgestelltes Herzgeräusch

ja

nein

Bluthochdruck

ja

nein

Welche Herzerkrankung liegt vor

Wo wurden die Kontrolluntersuchungen  
am Herzen durchgeführt?

Falls Sie Unterlagen über die bisherigen  
Untersuchungen besitzen, legen Sie uns  
diese bitte vor.



**Kreuzen Sie bitte an, ob folgende Symptome bisher aufgetreten sind:**

Schwindel	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Ohnmacht	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Atemnot	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Herzrasen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Brustschmerzen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Zyanose (Blaufärbung der Haut oder Schleimhäute)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Gedeihstörung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

**Gibt es in der Familie folgende Erkrankungen?**

Angeborene Herzfehler	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Hypercholesterinämie (erhöhte Blutfette)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Diabetes (Zuckerkrankheit)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Herzinfarkt	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Herzrhythmusstörungen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Plötzlicher Herztod	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Herzmuskelerkrankungen (Kardiomyopathie)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Liegen sonstige Erkrankungen vor?  
z.B. Asthma, Diabetes, etc.?  
Wenn ja, welche:

---

---

Aktuelle Medikamente

---

Sonstige Anmerkungen

---

Notiz

---