

ORDINATIONSZEITEN:

Mo, Mi, Fr 8:00 - 13:00

Di 14:00 - 19:00

zusätzlich telefonische Erreichbarkeit (Rezeptstunde)

Mo, Di, Mi, Fr 13:00 - 14:00

Privattermine, Patientenverfügung, Hausbesuch
nach Vereinbarung

ANAMNESE-FRAGEBOGEN

Liebe Patientinnen, liebe Patienten!

Bitte füllen Sie diesen Anamnesefragebogen nach Ihren Möglichkeiten vor Ihrer Arzt-Konsultation aus. Ihre Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dienen dazu, Ihren Gesundheitszustand zu erfassen und eine nötige Behandlung für Sie individuell zu gestalten.

Sollte Ihnen eine Frage unverständlich sein, helfen wir Ihnen gerne.

PERSÖNLICHE DATEN:

Name, Vorname:

Straße:

PLZ und Ort:

Tel.:

Geburtsdatum:

Name eines Angehörigen (zur Verständigung im Ernstfall):

Verwandtschaftsverhältnis:

Tel.:

Hausarzt:

WURDEN SIE SCHON EINMAL OPERIERT?

Am Herzen

(z.B. koronarer Bypass):

Ja Nein

Was:

Wann:

An Gefäßen:

Ja Nein

Was:

Wann:

Schilddrüse:

Ja Nein

Was:

Wann:

Mandeln:

Ja Nein

Was:

Wann:

Gallenblase:

Ja Nein

Was:

Wann:

Bauch:

Ja Nein

Was:

Wann:

Gelenkersatz

(Knie, Hüfte):

Ja Nein

Was:

Wann:

Wirbelsäule

(z.B. Bandscheibe,...):

Ja Nein

Was:

Wann:

Sonstige Operationen 1:

Was:

Wo:

Sonstige Operationen 2:

Was:

Wo:

ALLERGIEN:

Pollen:

Ja Nein

Hausstaubmilben:

Ja Nein

Gräser:

Ja Nein

Nahrungsmittel:

Ja Nein

Tierhaare:

Ja Nein

Kontrastmittel:

Ja Nein

NAHRUNGSMITTEL-INTOLERANZEN:

Lactose:

Ja Nein

Histamin:

Ja Nein

Fructose:

Ja Nein

Gluten:

Ja Nein

MEDIKAMENTEN-UNVERTRÄGLICHKEITEN:

Penicillin:

Ja Nein

Aspirin:

Ja Nein

Sonstige:

VORERKRANKUNGEN BZW. BESTEHENDE ERKRANKUNGEN:

Herzklappenerkrankung:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Was:	Wann:
Herzinfarkt:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Was:	Wann:
Herzrhythmusstörungen (z.B. Extrasystolie):	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Was:	Wann:
Vorhofflimmern:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Was:	Wann:
Schlaganfall:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Was:	Wann:
Bluthochdruck:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Was:	Wann:
Asthma bronchiale / COPD:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Was:	Wann:
Zuckerkrankheit (Diabetes):	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Was:	Wann:
insulinpflichtig	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Was:	Wann:
Fettstoffwechselstörung:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Was:	Wann:
Gichtanfälle:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Was:	Wann:
Schilddrüsenknoten:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Was:	Wann:

Fortsetzung: Vorerkrankungen bzw. bestehende Erkrankungen:

Hashimoto Thyreoiditis:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Was:	Wann:
Leberentzündung:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Was:	Wann:
Gallensteine:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Was:	Wann:
Magengeschwüre:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Was:	Wann:
Darmpolypen:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Was:	Wann:
Darmentzündung:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Was:	Wann:
Nierensteine:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Was:	Wann:
Rheumatische Erkrankungen:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Was:	Wann:
Migräne:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Was:	Wann:
Krampfadern:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Was:	Wann:
Peripher arterielle Durchblutungsstörungen:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Was:	Wann:
Thrombosen / Lungeninfarkte:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Was:	Wann:
Gerinnungsstörungen:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Was:	Wann:
Relevante Infektionserkrankungen:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Was:	Wann:
Psychische Probleme:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Was:	Wann:
Depressionen:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Was:	Wann:
Schwindel:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Was:	Wann:
Erhöhte Vergesslichkeit:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Was:	Wann:
Erhöhte Tagesmüdigkeit:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Was:	Wann:
Infektanfälligkeit:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Was:	Wann:
Schlafstörungen:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Was:	Wann:

Hatten Sie Krankheiten, nach denen wir noch nicht gefragt haben? Wenn ja welche?:

LETZTE STATIONÄRE AUFENTHALTE:

(Krankenhaus, Reha etc. / Wo? / Wann? / die letzten 5 Jahre) **Befunde bitte mitbringen!**

MRT / CT / RÖNTGEN / HERZKATHETER ETC.:

(Was? / Wo? / Wann? / die letzten 5 Jahre) **Befunde bitte mitbringen!**

GASTROSKOPIE IN VORGESCHICHTE: Befunde bitte mitbringen!

Ja Nein Zuletzt: Wo: Ergebnis:

COLOSKOPIE IN VORGESCHICHTE: Befunde bitte mitbringen!

Ja Nein Zuletzt: Wo: Ergebnis:

KÖRPERGEWICHT IN DEN LETZTEN 5 JAHREN: Schwankungen >5 kg

gleich geblieben zugenommen abgenommen

NEHMEN SIE REGELMÄSSIG MEDIKAMENTE EIN?

Wenn ja, welche? (Stärke, Dosierung)

	morgens	mittags	abends	nachts

DURCHGEFÜHRTE IMPFUNGEN Bitte Impfpass mitbringen

FSME Hepatitis A/B Tetanus fraglich

FAMILIEN-ANAMNESE Krankheiten oder familiäre Belastungen **Ihrer Eltern/Geschwister/Kinder**

Bluthochdruck: Ja Nein

Zuckerkrankheit (Diabetes): Ja Nein

Fettstoffwechselstörung: Ja Nein

Frühzeitiger Herzinfarkt (<60 Jahre): Ja Nein

Sekundenherztod: Ja Nein

Frühzeitiger Schlaganfall (<60 Jahre): Ja Nein

Asthma/COPD: Ja Nein

Psychiatr. Erkrankungen (z.B. Depression): Ja Nein

Rheuma: Ja Nein

Osteoporose: Ja Nein

Thrombosen / Lungeninfarkte: Ja Nein

Blutgerinnungsstörungen: Ja Nein

Krebserkrankungen: Ja Nein

Wenn ja: Darm Brust Prostata Lunge Andere

Sind Ihnen sonstige Krankheiten innerhalb der Familie bekannt?

RAUCHEN SIE?

Ja Nein

Wenn ja, wie viel?

TRINKEN SIE VERMEHRT ALKOHOL?

Ja Nein

Täglich Ab und zu

AKTUELLE BESCHWERDEN

ABKLÄRUNGSWÜNSCHE

Vielen Dank dass Sie sich für die Beantwortung der Fragen Zeit genommen haben. Ihre Antworten werden von uns streng vertraulich behandelt und niemanden weiter gegeben. Wir werden uns bemühen, Ihre Untersuchung und die Klärung Ihrer Gesundheitseinschränkungen mit großer Sorgfalt durchzuführen. Bitte haben Sie Verständnis, dass es trotz Termin oft zu längeren Wartezeiten kommt, da wir eine allgemeinmedizinische Ordination sind und auch viele Akut Patienten einschgeschoben werden müssen.

Hier noch wichtige Informationen für Sie:

Sie haben bei uns die Möglichkeit Ihre Standardmedikamente per Mail zu bestellen - beachten Sie jedoch dass wir dafür alle 90 Tage Ihre E-Card benötigen.

starkerezepte@gmx.at

Auch einen Termin können Sie gerne online vereinbaren:

<https://www.etermin.net/starketermine>

Herzlichst Ihr starkes Ordi Team

Dr. Monika Stark

Dr. Tamara Danailova

DGKS Brigitte Mendel

Romana Hallbauer

Sabine Fröschl