



Gruppenpraxis
für Allgemeinmedizin

Dr. Monika Stark

Dr. Isabella Schlinke

ANAMNESE-FRAGEBOGEN

Liebe Patientinnen, liebe Patienten!

Bitte füllen Sie diesen Anamnesefragebogen nach Ihren Möglichkeiten vor Ihrer 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 eine Frage unverständlich sein, helfen wir gerne

PERSÖNLICHE DATEN:

Name, Vorname:

Straße: _____ PLZ und Ort: _____

Tel: _____ Geburtsdatum: _____

Versicherung: _____ Zusatzversicherung: ☐ ja ☐ nein

Beruf: _____

Name eines Angehörigen (zur Verständigung im Ernstfall):

Verwandtschaftsverhältnis: _____ Tel: _____

WURDEN SIE SCHON EINMAL OPERIERT:

Am Herzen (z.B. Bypass) ☐ ja ☐ nein Was: _____ Wann: _____

An den 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: (Bandscheibe,...) ☐ ja ☐ nein Was: _____ Wann: _____

Sonstige Operationen: _____

ALLERGIEN:

Pollen: ☐ ja ☐ nein Hausstaubmilben: ☐ ja ☐ nein

Gräser: ☐ ja ☐ nein Nahrungsmittel: ☐ ja ☐ nein

Tierhaare: ☐ ja ☐ nein Kontrastmittel: ☐ ja ☐ nein

NAHRUNGSMITTELINTOLERANZEN:

Lactose: ☐ ja ☐ nein Histamin: ☐ ja ☐ nein

Fructose: ☐ ja ☐ nein Gluten: ☐ ja ☐ nein

MEDIKAMENTENUNVERTRÄGLICHKEITEN:

Penicillin: _____ Aspirin: _____

Sonstige: _____

VORERKRANKUNGEN BZW. BESTEHENDE ERKRANKUNGEN

Herzklappenerkrankung:	☐ ja	☐ nein	Was:	Wann:
Herzinfarkt:	☐ ja	☐ nein	Was:	Wann:
Herzrhythmusstörungen:	☐ ja	☐ nein	Was:	Wann:
Vorhofflimmern:	☐ ja	☐ nein	Was:	Wann:
Schlaganfall:	☐ ja	☐ nein	Was:	Wann:
Bluthochdruck:	☐ ja	☐ nein	Was:	Wann:
Asthma bronchiale; COPD	☐ ja	☐ nein	Was:	Wann:
Zuckerkrankheit (Diabetes)	☐ ja	☐ nein	Was:	Wann:
Insulinpflichtig:	☐ ja	☐ nein	Dosis/Insulin:	
Fettstoffwechselstörung:	☐ ja	☐ nein	Was:	Wann:
Gichtanfälle:	☐ ja	☐ nein	Was:	Wann:
Schilddrüsenknoten:	☐ ja	☐ nein	Was:	Wann:
Hashimoto Thyreoditis:	☐ ja	☐ nein	Was:	Wann:
Leberentzündung:	☐ ja	☐ nein	Was:	Wann:
Gallensteine:	☐ ja	☐ nein	Was:	Wann:
Magengeschwüre:	☐ ja	☐ nein	Was:	Wann:
Darmpolypen:	☐ ja	☐ nein	Was:	Wann:
Darmentzündung:	☐ ja	☐ nein	Was:	Wann:
Nierensteine:	☐ ja	☐ nein	Was:	Wann:
Rheumatische Erkrankungen:	☐ ja	☐ nein	Was:	Wann:
Migräne:	☐ ja	☐ nein	Was:	Wann:
Krampfadern:	☐ ja	☐ nein	Was:	Wann:
Arterielle Durchblutungsstörung:	☐ ja	☐ nein	Was:	Wann:
Thrombosen/Lungeninfarkte:	☐ ja	☐ nein	Was:	Wann:
Gerinnungsstörung:	☐ ja	☐ nein	Was:	Wann:
Relevante Infektionskrankheiten:	☐ ja	☐ nein	Was:	Wann:
Psychische Probleme:	☐ ja	☐ nein	Was:	Wann:
Depressionen:	☐ ja	☐ nein	Was:	Wann:
Schwindel:	☐ ja	☐ nein	Was:	Wann:
Erhöhte Vergesslichkeit:	☐ ja	☐ nein	Was:	Wann:
Erhöhte Tagesmüdigkeit:	☐ ja	☐ nein	Was:	Wann:
Infektanfälligkeit:	☐ ja	☐ nein	Was:	Wann:
Schlafstörungen:	☐ ja	☐ nein	Was:	Wann:

Haben 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/RÖNGEN/HERZKATHETER ETC: Was?Wo?/Wann?/die letzten 5 Jahre
(Befunde bitte mitbringen)

☐ ja ☐ nein Zuletzt: Wo: Ergebnis:

☐ ja ☐ nein Zuletzt: Wo: Ergebnis:

[illegible]

☐ Tetanus ☐ Covid 19 ☐ FSME ☐ Hepatitis

☐ Sonstige

Bluthochdruck:

Zuckerkrankheit (Diabetes):

Fettstoffwechselstörung:

Frühzeitiger Herzinfarkt (< 60 Jahre):

Sekundenherztod:

Frühzeitiger Schlaganfall (< 60 Jahre):

Asthma/COPD:

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

Rheuma:

Osteoporose:

Thrombosen, Lungeninfarkte:

Blutgerinnungsstörung:

Krebserkrankungen:

Wenn ja, welche:

[illegible]

RAUCHEN SIE?

☐ ja ☐ nein

Wenn ja, wieviel:

TRINKEN SIE VERMEHRT ALKOHOL?

☐ ja ☐ nein

☐ täglich ☐ ab und zu

KÖRPERGEWICHT IN DEN LETZTEN 5 JAHREN Schwankungen > 5 kg

☐ gleich geblieben ☐ zugenommen ☐ abgenommen

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 weitergegeben.
Wir werden uns bemühen, Ihre Untersuchung und die Klärung Ihrer gesundheitlichen
Einschränkungen mit großer Sorgfalt durchzuführen.*

*Bitte haben Sie Verständnis, dass es trotz Termin oft zu längeren Wartezeiten kommt. Da wir eine
allgemeinmedizinische Ordination sind, müssen auch viele akut erkrankte Patienten eingeschoben werden.*

Hier noch wichtige Informationen für Sie:

*Sie haben bei uns die Möglichkeit Ihre Standardmedikamente auch 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. Isabella Schlinke

*DGKS Mendel Brigitte
Sabine Fröschl, Romana Hallbauer*