



Gruppenpraxis
für Allgemeinmedizin

Dr. Monika Stark Dr. Isabella Schlinke
Wahlartzordination: Dr. Tamara Danailova

ORDINATIONSZEITEN:

Mo, Mi, Fr 8:00 – 13:00
Di, Do 14:00 – 19:00

zusätzliche telefonische Erreichbarkeit (Rezeptstunde)

Mo – 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 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: | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | Was: | Wann: |
| Herzinfarkt: | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | Was: | Wann: |
| Herzrhythmusstörungen: | <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 | Dosis/Insulin: | |
| 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: |
| Hashimoto Thyreoditis: | <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: |
| Arterielle Durchblutungsstörung: | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | Was: | Wann: |
| Thrombosen/Lungeninfarkte: | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | Was: | Wann: |
| Gerinnungsstörung: | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | Was: | Wann: |
| Relevante Infektionskrankheiten: | <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: |

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)

GASTROSKOPIE IN VORGESCHICHTE Befunde bitte mitbringen

ja nein Zuletzt: Wo: Ergebnis:

COLOSKOPIE IN VORGESCHICHTE Befunde bitte mitbringen

ja nein Zuletzt: Wo: Ergebnis:

NEHMEN SIE REGELMÄSSIG MEDIKAMENTE EIN?

wenn ja, welche (Stärke, Dosierung?)

| | morgens | mittags | abends | nachts |
|--|---------|---------|--------|--------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

DURCHGEFÜHRTE IMPFUNGEN Bitte Impfpass mitbringen

- Tetanus Covid 19 FSME Hepatitis
 Sonstige

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

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: _____

Sind Ihnen sonstige Krankheiten innerhalb der Familie bekannt?

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/starketermin>

Herzlichst Ihr starkes Ordi Team

Dr. Monika Stark, Dr. Isabella Schlinke

*Dr. Tamara Danailova
DGKS Mendel Brigitte*

Isolde Fuhrmann, Sabine Fröschl, Romana Hallbauer