



**Gruppenpraxis**  
für Allgemeinmedizin

Dr. Monika Stark      Dr. Isabella Schlinke  
Wahlärztordination: 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)



### 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](mailto: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*

*Dr. Tamara Danailova  
DGKS Mendel Brigitte*

*Isolde Fuhrmann, Sabine Fröschl, Romana Hallbauer*