

Dr. Christine Weixler, Ärztin für Allgemeinmedizin, ALLE KASSEN
Weinviertlerstraße 5, 3472 Hohenwarth, (im Gemeinde-Kulturzentrum),
Email: praxis@drweixler.at, www.drweixler.at

ANAMNESEBOGEN

Sehr geehrte Patientinnen und sehr geehrte Patienten!

Willkommen in meiner Ordination! Damit ich Sie als Hausärztin bestmöglich behandeln kann,
ersuche ich Sie vorab diesen Fragebogen zu Ihrer Gesundheit auszufüllen.

Selbstverständlich werden Ihre Angaben streng vertraulich behandelt.

Vielen Dank für Ihre Mithilfe,

Ihre Dr. Christine Weixler

Titel _____ Geschlecht: männl. weibl. divers

Vorname: _____

Nachname: _____

Versicherungsnr.: _____ Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ) _____

Krankenkasse: _____

Straße, Hausnummer: _____

PLZ: _____ Ort: _____

Telefon: _____ Mail: _____

Beruf: _____

Arbeitgeber: _____

Arbeitgeber Adresse: _____

Vertrauensperson: _____

Gibt es eine..? (zutreffendes bitte unterstreichen):

Patientenverfügung Vorsorgevollmacht Erwachsenenvertretung

Allergien/Unverträglichkeiten (Medikamente, Nahrung, Gräser, Pollen, Kontrastmittel, Jod, ..)

NEIN JA _____

Vorname, Name PatientIn:

Fragen zur Familie

Verwandte 1. Grades

- | | | |
|-----------------|-------------------------------|-----------------------------|
| Herzinfarkt | <input type="checkbox"/> NEIN | <input type="checkbox"/> JA |
| Schlaganfall | <input type="checkbox"/> NEIN | <input type="checkbox"/> JA |
| Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> NEIN | <input type="checkbox"/> JA |
| Zuckerkrankheit | <input type="checkbox"/> NEIN | <input type="checkbox"/> JA |
| Krebserkrankung | <input type="checkbox"/> NEIN | <input type="checkbox"/> JA |

Wenn ja, welche Krebserkrankung: _____

Rauchen

- NIE NICHT MEHR seit wann: _____
- JA ca. _____ Stück/Woche, seit wann: _____

Alkoholkonsum

- NEIN GELEGENTLICH
- JA wieviel und wie oft: _____

Operationen? (Welche, Wann)

- NEIN JA _____
- _____

Leiden Sie an Hypertonie? (Erhöhter Blutdruck)

- NEIN JA

Haben/Hatten Sie eine Herzerkrankung? (Herzinfarkt, Herzrhythmusstörung,...)

- NEIN JA _____

Leiden Sie an Diabetes? (Zuckerkrankheit)

- NEIN
- JA, TYP 1 (in Kindheit/
Jugend aufgetreten) JA, TYP 2 (im Erwachsenenalter
aufgetreten) JA (in der
Schwangerschaft)

Vorname, Name PatientIn:

Haben/Hatten Sie andere Stoffwechselerkrankungen? (zutreffendes bitte unterstreichen)

Übergewicht, erhöhte Harnsäure und/oder Blutfette, Schilddrüsenerkrankung, Osteoporose

ANDERE _____

Haben/Hatten Sie Darmerkrankungen? (Morbus Crohn, Colitis ulcerosa, Reizdarm, Polypen, Divertikel, Magengeschwür) oder Leber/Bauchspeicheldrüsenerkrankung (Fettleber, Leberzirrhose, Bauchspeicheldrüsenerkrankung, Gallensteine,..)

NEIN JA _____

Leiden Sie an einer Lungenkrankheit?

NEIN

JA, Asthma bronchiale

JA, chron. Bronchitis (COPD)

Ich benötige eine
Sauerstofftherapie

Haben/Hatten Sie eine Krebserkrankung?

NEIN

JA Chemo, OP, Strahlentherapie, Immuntherapie, _____

Hatten Sie jemals eine Thrombose oder Lungeninfarkt?

NEIN

JA wann, Lokalisation: _____

Haben Sie eine Neigung zu verlängerten Blutungen?

(angeborene Gerinnungsstörung, blutverdünnende Medikamente)

NEIN

JA

Haben/Hatten Sie eine neurologische Erkrankung?

NEIN

JA, Migräne

JA, Multiple Sklerose

JA, Epilepsie

JA, Schlaganfall

JA, Hirnblutung

andere: _____

Leiden Sie an einer chronischen infektiösen Erkrankung wie HIV/Aids/Hepatitis?

NEIN

JA _____

Vorname, Name PatientIn:

Haben/Hatten Sie eine psychiatrische Erkrankung?

(Depression, Schizophrenie, Burnout, Essstörungen,...)

NEIN JA _____

Haben/Hatten Sie eine Erkrankung der Augen oder des Gehörs?

NEIN JA _____

Haben/Hatten Sie eine orthopädische Erkrankung oder Probleme mit dem Bewegungsapparat?

NEIN JA _____

Haben/Hatten Sie eine urologische Erkrankung (Nierensteine, Blasenschwäche, Inkontinenz, Prostatahyperplasie, rezidivierende Harnwegsinfekte, Gebärmutter, Eierstöcke, uä.)?

NEIN JA _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Falls ja, bitte Name, Dosis, Einnahmeschema!

MEDIKAMENT	mg	DOSIERUNG			
		Früh	Mittag	Nachmittag	Abend

Bitte werfen Sie den ausgefüllten Bogen in einem verschlossenen Kuvert in den Postkasten unserer neuen Arztpraxis oder geben sie ihn bei der Gemeinde zu den Öffnungszeiten ab.

Datum

Unterschrift