

Anamnese Gruppenpraxis DDr. Kisler & Dr. Kuran & Dr. Grünberger

| | |
|------------------------|----------|
| Name: Geburtsdatum: | Telefon: |
| Adresse: | E-Mail: |

Zutreffendes bitte ankreuzen bzw. ergänzen

| | |
|---|---|
| 1 | Was ist Ihr Hautpanliegen? Aktuelle Beschwerden |
|---|---|

| | | | |
|----|---|----|------|
| 2 | Haben/Hatten Sie einen Hausarzt? Wenn ja, | ja | nein |
| 3 | Haben Sie eine Allergie? Z.B.: Medikamente, Nahrung, Pollen, Gräser, Kontrastmittel, Jod, Metalle.. | ja | nein |
| 4 | Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein/ bekommen Sie regelmäßig Injektionen, Infusionen? | ja | nein |
| 5 | Nehmen Sie blutgerinnungshemmende Medikamente? z.B. Marcoumar, Xarelto, Eliquis, Plavix, Thrombo-ASS, ... | ja | nein |
| 6 | Sind Sie Raucher/in oder haben Sie jemals geraucht? Wenn ja, wie viel? | ja | nein |
| 7 | Trinken Sie alkoholische Getränke? Wenn ja, wie viel? | ja | nein |
| 8 | Hatten Sie in letzter Zeit einen Spitalsaufenthalt? Wenn ja, weswegen? | ja | nein |
| 9 | Hatten Sie schon eine Operation? Wann, welche? | ja | nein |
| 10 | Sind Sie derzeit schwanger? wenn ja wievielte Woche/Monat? | ja | nein |
| 11 | Haben Sie eine Herz-Kreislaufferkrankung? z.B: Bluthochdruck, Herzinfarkt, Angina Pectoris, Rhythmusstörung, Herzfehler, Klappenersatz | ja | nein |
| 12 | Haben Sie eine Erkrankung des blutbildenden Systems? z.B. Leukämie, Lymphom, Agranulozytose, Anämie, Hämophilie, .. | ja | nein |
| 13 | Haben Sie eine Erkrankung der Atemwege? z.B: Asthma, chronische Bronchitis (COPD), Tuberkulose, Tumor, mit Sauerstofftherapie | ja | nein |
| 14 | Haben Sie eine Erkrankung der Verdauungsorgane? z.B. Leber, Leberzirrhose, Magen-Darm, M. Crohn, Colitis ulcerosa, Reizdarm, Bauchspeicheldrüse, Pankreasinsuffizienz, -entzündung | ja | nein |
| 15 | Haben Sie eine Erkrankung des Nervensystems? z.B. Migräne, Schlaganfall, Hirnblutung, Epilepsie, MS, Neuralgien, | ja | nein |
| 16 | Haben Sie eine Erkrankung der Blutgefäße? z.B. art. Durchblutungsstörung, Venenleiden, Thrombosen | ja | nein |
| 17 | Haben Sie eine Stoffwechselerkrankung oder hormonelle Erkrankung? | ja | nein |

| | | | |
|----|---|----|------|
| | z.B: Diabetes, Gicht, Schilddrüse, Nebenniere, Blutfette Seit wann? | | |
| 18 | Sind Sie insulinpflichtig? Wenn ja seit wann? | ja | nein |
| 19 | Haben Sie ein psychisches Leiden? z.B: Angst, Depression, Schizophrenie, Neurose, Burnout, Essstörung | ja | nein |
| 20 | Haben Sie eine Erkrankung der Niere, Harnblase oder Prostata? z.B. Nierensteine, Blasenschwäche, Entzündung, Tumor | ja | nein |
| 21 | Haben Sie eine rheumatische Erkrankung? z.B. rheumatisches Fieber, Polyarthritis, M. Bechterew | ja | nein |
| 22 | Haben Sie eine Autoimmunerkrankung? Lupus, Panarteritis nodosa, Dermatomyositis, Sklerodermie | ja | nein |
| 23 | Haben/Hatten Sie eine Tumorerkrankung/Chemo-/Strahlentherapie? | ja | nein |
| 24 | Sonstiges? Z.B. Transplantation, Immunsuppression | ja | nein |
| 25 | Augen oder Ohrenerkrankung? z.B. Glaukom | ja | nein |
| 26 | Haben Sie eine Infektionskrankheit? z.B: Hepatitis, HIV/AIDS, Tuberkulose, Syphilis | ja | nein |
| 27 | Haben Sie Implantate? z.B: Gelenksprothesen, Herzklappen, Herzschrittmacher, Stents? | ja | nein |
| 28 | Gibt es Erkrankungen in Ihrer Familie? (wer?) | ja | nein |

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben:

Melk, am _____

Unterschrift: _____

Vielen Dank für die Beantwortung der Fragen. Alle Angaben werden vertraulich behandelt.