

## Liebe Patientin, lieber Patient!

Bitte füllen Sie diesen Anamnesefragebogen vor der Untersuchung aus. Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und werden vertraulich behandelt. Sollte Ihnen eine Frage unverständlich erscheinen, wenden Sie sich bitte an unsere Assistentin oder an uns. Wir sind Ihnen gerne behilflich.

<b>Name, Vorname:</b>	
-----------------------	--

<b>Hausärztin / Hausarzt:</b>	
-------------------------------	--

<b>Ort:</b>	
-------------	--

<b>Nikotin</b>	<input type="checkbox"/> ja	Zig/Tag:	<input type="checkbox"/> nein, aber früher	Zig/Tag:	Jahre:	<input type="checkbox"/> nie	
<b>Alkohol</b>	<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> selten <input type="checkbox"/> gelegentl. <input type="checkbox"/> regelm.			Alkohol/Tag:			
<b>Körpergröße:</b>			cm	<b>Körpergewicht:</b>			kg

### Allergien:

Haben Sie Allergien?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Wenn ja, welche? (bitte darunter ausfüllen)

### Operationen:

Wurden sie schon einmal operiert? (z.B. Mandeln, Galle, Blinddarm)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Wenn ja, welche Operationen? (bitte darunter ausfüllen)
Hatten sie Unfälle?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Wenn ja, welche? (bitte darunter ausfüllen)

### Welche Vorerkrankungen haben Sie? Bitte ankreuzen:

<input type="checkbox"/> Bluthochdruck	<input type="checkbox"/> Darmerkrankung	<input type="checkbox"/> Venenleiden	<input type="checkbox"/> Krebserkrankung
<input type="checkbox"/> Zuckerkrankheit	<input type="checkbox"/> Lebererkrankung	<input type="checkbox"/> Thrombose / Embolie	<input type="checkbox"/> Lungenerkrankung
<input type="checkbox"/> Fettstoffwechselstörung	<input type="checkbox"/> Gallensteine	<input type="checkbox"/> Hauterkrankung	<input type="checkbox"/> Asthma
<input type="checkbox"/> Gefäßerkrankung	<input type="checkbox"/> Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/> Infektionskrankheit	<input type="checkbox"/> COPD
<input type="checkbox"/> Herzerkrankung	<input type="checkbox"/> erhöhte Harnsäure	<input type="checkbox"/> Tuberkulose	<input type="checkbox"/> angeb. Erkrankung
<input type="checkbox"/> Rhythmusstörung	<input type="checkbox"/> Rheuma	<input type="checkbox"/> Anfallsleiden/Epilepsie	<input type="checkbox"/> psych. Störung
<input type="checkbox"/> Magenleiden	<input type="checkbox"/> Krampfadern	<input type="checkbox"/> Migräne	<input type="checkbox"/> Long-COVID
Sonstige Erkrankungen:			

**Familienanamnese (blutsverwandte Angehörige) – falls bekannt, bitte ankreuzen:**

<input type="checkbox"/> Bluthochdruck	<input type="checkbox"/> Herzinfarkt	<input type="checkbox"/> Rheuma
<input type="checkbox"/> Zuckerkrankheit	<input type="checkbox"/> Plötzlicher Herztod	<input type="checkbox"/> Gerinnungsstörung
<input type="checkbox"/> Fettstoffwechselstörung	<input type="checkbox"/> Schlaganfall	<input type="checkbox"/> Thrombose / Lungenembolie

**Vorsorgeuntersuchungen:**

<b>Allgemeinmedizin</b>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	wenn ja, wann zuletzt:	
<b>Dermatologie</b>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	wenn ja, wann zuletzt:	
<b>Urologie</b>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	wenn ja, wann zuletzt:	
<b>Gynäkologie</b>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	wenn ja, wann zuletzt:	
<b>Mammographie</b>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	wenn ja, wann zuletzt:	
<b>Internist</b>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	wenn ja, wann zuletzt:	
<b>Magenspiegelung</b>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	wenn ja, wann zuletzt:	
<b>Darmspiegelung</b>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	wenn ja, wann zuletzt:	
<b>Herzkatheter</b>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	wenn ja, wann zuletzt:	

Datum: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

Informationen nach Art. 13 und 14 Datenschutz-Grundverordnung betreffend die Verarbeitung ihrer personenbezogenen Daten finden Sie auf unserer Webseite unter [www.internisten.at](http://www.internisten.at)