

Anamnesebogen – PVZ Mostviertel-Mauer (Stand 02/2024)

Sehr geehrte Patientinnen, sehr geehrte Patienten, um Sie optimal behandeln zu können, benötigen wir von Ihnen einen detailliert ausgefüllten Fragebogen zu Ihrer Gesundheit und möglichen Risikofaktoren. Eventuelle Fragen werden wir mit Ihnen gerne in einem persönlichen Gespräch klären. Sämtliche Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht und werden streng vertraulich behandelt. Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Titel		Nachname		Vorname	
Geschlecht		Geburtsdatum		SVNR	Krankenkasse
PLZ + Wohnort				Straße + Hausnummer	
Emailadresse				Telefonnummer	
Arbeitgeber				Arbeitsort	
Mitversichert bei:		SVNR			
Geschlecht	Titel	Nachname		Vorname	
PLZ + Wohnort				Straße + Hausnummer	
Allergien und Unverträglichkeiten (Medikamente, Nahrung, Gräser, Pollen, Kontrastmittel, Jod, ...)				O Nein O Ja: _____	
Rauchen				O Nein O Ja wieviel: _____	
Alkohol		O Nein	O gelegentlich	O regelmäßig	O Wieviel wovon: _____
Familienanamnese (Herzinfarkt, Schlaganfall, Zuckerkrankheit, Krebserkrankung, Gerinnungsstörungen bei Verwandten 1. Grades Eltern/Geschwister, Kinder)				O Nein O Ja: _____	
Operationen/Geburten (Anzahl + Jahr)				O Nein O Ja: _____	
Regelmäßige Medikamente – Dosierung und Einnahmeschema					

<p>Herzerkrankungen (Bluthochdruck, Herzinfarkt, Rhythmusstörungen) neurologische Erkrankungen (Schlaganfall, Epilepsie, Multiple Sklerose, Migräne, ...) psychiatrische Erkrankungen (Depression, Angststörung, Persönlichkeitsstörungen, ...) Stoffwechselerkrankungen (Zuckerkrankheit, erhöhte Harnsäure, Osteoporose, Schilddrüsenerkrankung, Blutfette, ...) Lungenerkrankungen (Asthma, COPD, ...) Verdauungssystemerkrankungen (Magengeschwüre, Leberzirrhose, Chronisch entzündliche Darmerkrankungen ...) Krebserkrankungen (Art, Jahr + Therapieart) Gerinnungsstörungen (Thrombosen, Lungenembolie, angeborene Gerinnungsprobleme) Bewegungsapparat (Bandscheibenvorfall, Rheumatologische Erkrankung) Urologische Erkrankungen (Blasenschwäche, Nierensteine, Prostatahyperplasie, Harnwegsinfekte, ...) Augenerkrankung oder Hörschwäche</p>	<p>O Nein O Ja: _____</p>
<p>Infektionskrankheiten (zB HIV, Hepatitis, Tuberkulose, ...)</p>	<p>O Nein O Ja: _____</p>
<p>Hiermit bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit der gemachten Abgaben:</p>	<p>Datum/ Unterschrift:</p>
<p>Bitte nehmen Sie eine vollständige und aktuelle Medikamentenliste sowie relevante ärztliche Befunddokumente wie beispielsweise Arztbriefe, Facharztbefunde, Röntgenbefunde und Blutbefunde zum Erstbesuch mit.</p>	
<p>Wir bitten Sie eventuelle Änderungen der persönlichen und medizinischen Daten vor jeder zukünftigen Behandlung mitzuteilen!</p>	