MUDr. Erik Mistrik, PhD
Facharzt für Innere Medizin, Gastroenterologie und Intensivmedizin
Bahnhofstrasse 39, Bregenz
Tel: 05574 470 45
Fax: 05574 470 45-9
praxis@mistrik.at

Anamnese-Fragebogen

Liebe Patientinnen und Patienten!

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen sorgfältig vor Ihrem Erst-Termin aus. Ihre Angaben werden strengst vertraulich gehalten und dienen dazu, Ihren Gesundheitszustand zu erfassen um die nötige Behandlung für Sie individuell zu gestalten. Sollte eine Frage unverständlich sein, helfen wir Ihnen gerne weiter.

Persönliche Daten:

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum und SV-Nummer: _____

Adresse: _____

Krankenkasse: _____ Zusatzversicherung: _____

Telefonnummer: _____ Email: _____

Familienstand: _____

Haben Sie Kinder? Wie viel und Geburtsjahr:_____

Beruf: _____

Hausarzt:_____ Facharzt: _____

Benötigen Sie Hörgerät? ☐ Ja ☐ Nein Brille/Kontaktlinsen? ☐ Ja ☐Nein

Rauchen Sie? ☐ Ja ☐ Nein Wenn ja, wie lange und wie viel? _____

Trinken Sie Alkohol? ☐ Ja ☐ Nein Wenn ja, was und wieviel? _____

Gewicht: _____ Größe: _____

Bewegen Sie sich regelmäßig? Wie oft in der Woche für wie lange? _____

Name und Telefonnummer eines Angehörigen (für den Ernstfall):

_____

MUDr. Erik Mistrik, PhD
Facharzt für Innere Medizin, Gastroenterologie und Intensivmedizin
Bahnhofstrasse 39, Bregenz
Tel: 05574 470 45
Fax: 05574 470 45-9
praxis@mistrik.at

Allergien: ☐ Nein ☐ Ja _____

Medikamentenunverträglichkeiten (z.B. Kontrastmittel, Penicillin…): ☐ Nein

☐ Ja _____ _____

Nahrungsmittelintoleranzen: (Laktose, Fruktose, Histamin, Gluten…): ☐ Ja_____ ☐ Nein

Nehmen Sie regelmäßig **Medikamente** ein? Bitte aktuelle Medikamentenliste mitbringen.
Wenn ja, welche (Stärke, Dosierung) ☐ Ja ☐ Nein

Name und Stärke (mg)	Morgens	Mittags	Abends	Nachts

Wurden Sie schon einmal **operiert** (z.B. Herz, Gefäße, Schilddrüse, Blinddarm, Bauch, Galle, Mandeln, Gelenke, Wirbelsäule, Gehirn...)? ☐ Ja ☐ Nein
Was, Wann und Wo:

Vorerkankungen (Bitte schreiben Sie was und wann/seit wann Sie es haben):

Herzklappen:	☐ Ja ☐ Nein	Herzinfarkt:	☐ Ja ☐ Nein
Vorhofflimmern:	☐ Ja ☐ Nein	Schlaganfall:	☐ Ja ☐ Nein
Herzrhytmusstörungen:	☐ Ja ☐ Nein	Herzschwäche:	☐ Ja ☐ Nein
Bluthochdruck:	☐ Ja ☐ Nein	Herzschrittmacher:	☐ Ja ☐Nein
Asthma/COPD:	☐ Ja ☐ Nein	Zuckerkrankheit (Diabetes):	☐ Ja ☐ Nein
Insulinpflichtig:	☐ Ja ☐ Nein	Cholesterin/Fette:	☐ Ja ☐Nein
Gicht:	☐ Ja ☐ Nein	Schilddrüse:	☐ Ja ☐Nein
Schwindel:	☐ Ja ☐ Nein	Erhöhte Tagesmüdigkeit:	☐Ja ☐Nein
Leber/Galle:	☐ Ja ☐ Nein	Magen (z.B. Geschwüre…):	☐ Ja ☐Nein
Darm:	☐ Ja ☐ Nein	Nieren/Prostata:	☐ Ja ☐ Nein
Krebs:	☐ Ja ☐ Nein	Rheumatische Erkrankungen:	☐ Ja ☐ Nein
Infektanfälligkeit:	☐ Ja ☐ Nein	Psychische Probleme (Depression)	☐ Ja ☐Nein
Kopfschmerzen:	☐ Ja ☐ Nein	Lunge (z.B. Pneumonie.):	☐ Ja ☐Nein
Thrombose/Embolie:	☐ Ja ☐ Nein	Vermehrte Blutungen:	☐ Ja ☐ Nein
Erhöhte Vergesslichkeit:	☐ Ja ☐ Nein	Schlafstörungen:	☐ Ja ☐ Nein
Schnarchen Sie?	☐ Ja ☐ Nein		

Sonstige Erkrankungen:

MUDr. Erik Mistrik, PhD
Facharzt für Innere Medizin, Gastroenterologie und Intensivmedizin
Bahnhofstrasse 39, Bregenz
Tel: 05574 470 45
Fax: 05574 470 45-9
praxis@mistrik.at

Letzte stationäre Aufnahme
(Krankenhaus, Reha/ Wo? / Wann? / die letzten 5 Jahre) Bitte Befunde mitbringen.

MRT/CT/Röntgen/Herzkatheter etc.
(Was? / Wo? / Wann? / die letzten 5 Jahre) Bitte Befunde mitbringen.

Gastroskopie in Vorgeschichte (Befunde bitte mitbringen). Wo, Ergebnis, wo zuletzt:

Koloskopie in Vorgeschichte (Befunde bitte mitbringen). Wo, Ergebnis, wo zuletzt:

Körpergewichtschwankungen in den letzten 5 Jahren: ☐ Ja ☐ Nein, wenn ja wie?

Familienanamnese (Krankheiten oder familiäre Belastungen Ihrer Eltern, Geschwister und Kinder):

Aktuelle Beschwerden:

Abklärungswünsche:

Vielen Dank für die Beantwortung dieser Fragen. Ihre Antworten werden von uns streng vertraulich behandelt.

Wir bitten Sie den vereinbarten Termin pünktlich einzuhalten und bei eventueller Absage uns diese Tatsache **2 Tage im Voraus** zu melden. Andernfalls müssen wir Ihnen den Termin in Rechnung stellen.

Wir sind bemüht, die Untersuchung für Sie möglichst angenehm und mit größter Sorgfalt durchzuführen. Für Anregungen sind wir jederzeit offen.

Ihr Ordinationsteam

_____ _____

Datum, Ort Unterschrift