



Sehr geehrte Patientin,
um den Ablauf in unserer Praxis möglichst unkompliziert zu gestalten, würden wir Sie bitten, den Anamnesebogen sorgfältig auszufüllen. Vielen Dank.

PERSÖNLICHE DATEN

FAMILIENNAME		VORNAME	
ADRESSE		PLZ, ORT	
TELEFON / MOBIL		E-MAIL	
GEB. DATUM	KÖRPERGRÖSSE	CM	KÖRPERGEWICHT
			KG
VERSICHERUNG		SVR - NR. (10-STELLIG) _ _ _ _ _ _ _ _	
MITVERSICHERT	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	MITVERSICHERT BEI	SVR - NR. (10-STELLIG) _ _ _ _ _ _ _ _
ZUSATZ- VERSICHERT	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	ZUSATZVERSICHERUNG	
HAUSARZT (NAME, ORT)		ZUWEISENDER ARZT (NAME, ORT)	
DIENSTGEBER		ZURZEIT AUSGEÜBTE BERUFLICHE TÄTIGKEIT	

INFORMATION ABSTRICH

Wie überall auf der Welt und seit vielen Jahrzehnten üblich wird der sogenannte "Krebsvorsorge-Abstrich" vom Gebärmutterhals von einem darauf spezialisierten zytologischen Labor untersucht.

Unsere Abstriche senden wir dzt. zum Pathologie-Labor,
Dr. Obrist - Dr. Brunhuber OEG, Klostersgasse 1, A-6511 Zams.

Wir weisen darauf hin, dass wir KEINE HAFTUNG für die korrekte Beurteilung der zytologischen Abstriche durch das Labor übernehmen!

INFORMATION WAHLÄRZTIN

Es ist mir bewusst, dass ich als Patientin einer Wahlärztin die ärztlichen Leistungen in Rechnung gestellt bekomme und ich diese nach Begleichung bei meiner Krankenversicherung einreichen kann. Weiters bin ich damit einverstanden, dass ich bei NICHT Einhaltung eines Termins, eine Terminpauschale verrechnet bekomme. Bitte beachten Sie, dass Termine mindestens 24 Stunden im Voraus abgesagt werden müssen.

HABEN SIE ALLERGIEN?

JA NEIN

WENN JA, WELCHE?

REGELBLUTUNG

ERSTE REGEL (PERIODE) MIT
WIEVIEL JAHREN? JAHREN

KEINE REGEL (PERIODE) SEIT
WIEVIEL JAHREN? JAHREN

IST (ODER WAR) DIE PERIODE REGELMÄSSIG?

JA WENN JA, IN WELCHEM ABSTAND?
ALLE TAGE

NEIN WENN NEIN, IN WELCHEM ABSTAND?
.....

SIND SIE GEGEN FOLGENDE ERKRANKUNGEN GEIMPFT?

HPV

KEUCHHUSTEN

MASERN, MUMPS, RÖTELN (MMR)

WENN JA, WANN ERFOLGTE DIE LETZTE IMPFUNG?

SONSTIGE (GRIPPE, INFLUENZA)

WENN JA, WANN ERFOLGTE DIE LETZTE IMPFUNG?

WANN WAR DIE LETZTE GYNÄKOLOGISCHE UNTERSUCHUNG?

WANN WAR DIE LETZTE MAMOGRAPHIE/ SONOGRAPHIE? (EMPFOHLEN AB DEM 40. LEBENSJAHR)

WANN WAR DIE LETZTE DXA-/DEXA-MESSUNG? (KNOCHENDICHTE - (EMPFOHLEN AB DEM 60. LEBENSJAHR)

HABEN SIE DERZEIT
BESCHWERDEN?

JA NEIN

WENN JA, WELCHE?

HABEN SIE DERZEIT PROBLEME
IM SEXUALLEBEN?

JA NEIN

WENN JA, WELCHE?

EIGENE ERKRANKUNGEN (Z.B. BLUTHOCHDRUCK, DIABETES, HERZ-, LEBER-, NIERENERKRANKUNG)

ERNSTHAFTE ERKRANKUNGEN IN DER FAMILIE (Z.B. KREBSLEIDEN, HOHER BLUTDRUCK, ZUCKERERKRANKUNG, BLUTGERINNUNGSSTÖRUNGEN, ERBKRAKHEITEN, ANGEBORENER HERZFEHLER)

ERKRANKUNG	VERWANDTSCHAFTSGRAD
ERKRANKUNG	VERWANDTSCHAFTSGRAD

ALLGEMEINE OPERATIONEN (Z.B. BLINDDARM)

Jahr	ART DES EINGRIFFS
Jahr	ART DES EINGRIFFS
Jahr	ART DES EINGRIFFS

GYNÄKOLOGISCHE OPERATIONEN

Jahr	ART DES EINGRIFFS
Jahr	ART DES EINGRIFFS
Jahr	ART DES EINGRIFFS

GEBURTEN

DATUM	GEBURTSART (SPONTAN, KAISERSCHNITT, SAUGGLOCKE, ZANGE)	GEBURTSGEWICHT	KOMPLIKATIONEN
DATUM	GEBURTSART (SPONTAN, KAISERSCHNITT, SAUGGLOCKE, ZANGE)	GEBURTSGEWICHT	KOMPLIKATIONEN
DATUM	GEBURTSART (SPONTAN, KAISERSCHNITT, SAUGGLOCKE, ZANGE)	GEBURTSGEWICHT	KOMPLIKATIONEN

FEHLGEBURTEN / SCHWANGERSCHAFTSABBRÜCHE / EILEITERSCHWANGERSCHAFTEN

Jahr	FEHLGEBURT (ANKREUZEN) <input type="checkbox"/>	ABBRUCH (ANKREUZEN) <input type="checkbox"/>	EILEITER-SCHWANGERSCHAFT/ SEITE (RECHTS, LINKS) ANGEBEN
Jahr	FEHLGEBURT (ANKREUZEN) <input type="checkbox"/>	ABBRUCH (ANKREUZEN) <input type="checkbox"/>	EILEITER-SCHWANGERSCHAFT/ SEITE (RECHTS, LINKS) ANGEBEN

BESTEHT BEI IHNEN DERZEIT EIN KINDERWUNSCH?	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	WENN JA, SEIT WANN?
---	---	---------------------

BESTEHT DERZEIT EINE SCHWANGERSCHAFT, ODER VERMUTEN SIE SCHWANGER ZU SEIN?	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	WENN JA, WANN WAR DER 1.TAG DER LETZTEN PERIODE?
--	---	--

MEDIKAMENTE, DIE REGELMÄSSIG EINGENOMMEN WERDEN

MEDIKAMENT	DOSIS	SEIT
MEDIKAMENT	DOSIS	SEIT
MEDIKAMENT	DOSIS	SEIT

KONSUM VON

NIKOTIN
(BITTE ANKREUZEN) JA NEIN

ALKOHOL
(BITTE ANKREUZEN) JA NEIN

DROGEN
(BITTE ANKREUZEN) JA NEIN

SONSTIGES

Hiermit erlaube ich ausdrücklich den Austausch meiner personenbezogenen Daten und Gesundheitsdaten mit anderen Gesundheitseinrichtungen zum Zweck meiner Heilbehandlung. Bei meinen personenbezogenen Daten und Gesundheitsdaten handelt es sich um meinen Namen, mein Geburtsdatum, meine Sozialversicherungsnummer, meine Adressinformationen, meine Kontaktinformationen, meine Gesundheitsdaten und meine Befunde.

Der Austausch dieser personenbezogener Daten und Gesundheitsdaten umfasst sowohl die Befundanforderung bei anderen Gesundheitseinrichtungen als auch die Befundweitergabe an andere Gesundheitseinrichtung (als Reaktion auf deren Befundanforderung). Der Austausch dieser personenbezogener Daten und Gesundheitsdaten darf per telefonischer Mitteilung, Versand per verschlüsselter elektronischer Kommunikation und via Versand per Post stattfinden. Die Auskunft an private Versicherungen (Personenversicherung, Unfallversicherung,...) ist von dieser Einwilligung ausgenommen.

Diese Einwilligungserklärung gilt bis auf Widerruf.

ICH STIMME ZU <input type="checkbox"/>	DATUM	UNTERSCHRIFT
--	-------	--------------