

Team Allgemeinmedizin

Dr. med. Albrecht Bullinger

Facharzt für Allgemeinmedizin, Reisemedizin

Dr. med. Ramona Schäffauer

Fachärztin für Innere Medizin, Sozialmedizin, Palliativmedizin

Dr. med. Ramona Preischl

Ärztin in Weiterbildung

Team Pädiatrie

Dr. med. Stefanie Gangl

Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin

Dr. med. Christine Fuchs

Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin

Dr. med. Teresa Roos

Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin

Anamnesebogen hausärztliche Erstvorstellung

Liebe Patientin, lieber Patient,

um Sie optimal betreuen zu können, bitten wir Sie, den folgenden Fragebogen möglichst vollständig auszufüllen.

Persönliche Daten:

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Telefonnummer: _____ Mobil: _____

Email: _____

Bisheriger Hausarzt: _____

Sonstige behandelnde Ärzte (Name, Fachrichtung): _____

Sozialanamnese:

☐ nicht berufstätig ☐ selbständig ☐ Schüler/Ausbildung ☐ Elternzeit

☐ Beschäftigt in Vollzeit ☐ Beschäftigt in Teilzeit ☐ Rentner

☐ Beschäftigt im Schichtdienst

Beruf: _____

Familienstand: ☐ ledig ☐ verheiratet ☐ verwitwet

Team Allgemeinmedizin

Dr. med. Albrecht Bullinger

Facharzt für Allgemeinmedizin, Reisemedizin

Dr. med. Ramona Schäffauer

Fachärztin für Innere Medizin, Sozialmedizin, Palliativmedizin

Dr. med. Ramona Preischl

Ärztin in Weiterbildung

Team Pädiatrie

Dr. med. Stefanie Gangl

Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin

Dr. med. Christine Fuchs

Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin

Dr. med. Teresa Roos

Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin

Allergien:

Medikamente (z.B. Penicillin): _____

Wespen/Bienengift: ☐ Ja ☐ Nein ☐ Allergischer Schock in der Vergangenheit

Heuschnupfen: wenn ja, welche Pollen? _____

Nahrungsmittel: wenn ja, welche? _____

Andere: _____

Besitzen Sie einen Allergiepass? ☐ Ja ☐ Nein

Erkrankungen:

Leiden oder litten Sie an einer der folgenden Erkrankungen?

Bluterkrankungen

☐ Blutarmut (Anämie) ☐ Blutungsneigung (Hämophilie) ☐ Thrombose

Herzerkrankungen

☐ Angina pectoris ☐ Herzstolpern (Arrhythmie) ☐ Herzschwäche
☐ Herzschrittmacher wenn ja, wann und wie viele? _____
☐ Herzklappenerkrankung

Infektionskrankheiten

☐ HIV/AIDS ☐ Hepatitis ☐ A ☐ B ☐ C ☐ Tuberkulose

Gefäß-/ Kreislauferkrankungen

☐ Hoher Blutdruck (Hypertonie) ☐ Niedriger Blutdruck (Hypotonie)
☐ Arterienerkrankung (pAVK) ☐ Venen (tiefe Venenthrombose/ Insuffizienz)
☐ Ödeme (Lymphödem/ Lipödem)



FAMILIENPRAXIS-AALEN

Team Allgemeinmedizin

Dr. med. Albrecht Bullinger

Facharzt für Allgemeinmedizin, Reisemedizin

Dr. med. Ramona Schäffauer

Fachärztin für Innere Medizin, Sozialmedizin, Palliativmedizin

Dr. med. Ramona Preischl

Ärztin in Weiterbildung

Team Pädiatrie

Dr. med. Stefanie Gangl

Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin

Dr. med. Christine Fuchs

Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin

Dr. med. Teresa Roos

Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin

Lungenerkrankung

☐ Asthma bronchiale

☐ COPD

Magen-/Darmerkrankungen

☐ Colitis Ulcerosa

☐ Morbus Crohn

Erkrankung des Nervensystems

☐ Krampfanfälle (Epilepsie)

☐ Migräne

Erkrankungen des Nieren-/Genitaltraktes

☐ Nierenerkrankung/ Niereninsuffizienz

☐ Prostataerkrankung

☐ Häufige Blasenentzündung

Psychische Erkrankung

☐ Angststörung

☐ Depression

☐ Psychose

Stoffwechselerkrankung

☐ Diabetes mellitus

☐ Typ 1

☐ Typ 2

☐ Harnsäure (Hyperurikämie/ Gicht)

☐ Vitaminmangel

☐ Fettstoffwechselstörung

☐ Schilddrüsenerkrankungen

Orthopädie

☐ Bandscheibenvorfall Wenn ja, wann? _____

☐ Schulterschmerzen

☐ rechts

☐ links

☐ Wirbelsäulenoperation

☐ Morbus Bechterew

☐ Arthrose

☐ Osteoporose

☐ Gelenkerkrankungen

Tumorerkrankungen

Team Allgemeinmedizin

Dr. med. Albrecht Bullinger

Facharzt für Allgemeinmedizin, Reisemedizin

Dr. med. Ramona Schäffauer

Fachärztin für Innere Medizin, Sozialmedizin, Palliativmedizin

Dr. med. Ramona Preischl

Ärztin in Weiterbildung

Team Pädiatrie

Dr. med. Stefanie Gangl

Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin

Dr. med. Christine Fuchs

Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin

Dr. med. Teresa Roos

Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin

O Krebs/Metastasen Wenn ja, welcher und seit wann? _____

Sonstige Erkrankungen

Medikamente

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

Name des Medikaments/ Dosierung	Morgens	Mittags	Abends	Nachts

Bitte bringen Sie zum nächsten Termin Ihren Impfausweis mit!

Vielen Dank für Ihre Mühe und Kooperation!