



Dr. med. **Rikardo Mihalić**

Facharzt für Allgemeinmedizin / Phlebologie  
(Venenkunde)

Sehr geehrte Patienten,

wir freuen uns über Ihr Interesse an unserer Praxis. Wir möchten Ihnen und Ihrer Gesundheit unsere ganze Aufmerksamkeit und unsere gesamte Kompetenz widmen. Um Ihnen bei Ihrem aktuellen Anliegen besser helfen zu können, benötigen wir einige Informationen von Ihnen.

Bitte füllen Sie diesen Bogen in aller Ruhe aus und besprechen Sie ihn – falls erforderlich – mit Ihrem Partner, Ihren Eltern o.ä.. Sollte eine Frage Ihnen unverständlich erscheinen, lassen Sie diese zunächst offen. Später kann Ihnen eine unserer Mitarbeiterinnen gerne bei der Beantwortung behilflich sein. Ihre Antworten werden von uns streng vertraulich behandelt und an niemanden weitergegeben.

Als besonderen Service für unsere Patienten bieten wir einen automatischen „Bestell-Anrufbeantworter“ an. Hier haben Sie die Möglichkeit bequem Wiederholungsrezepte oder Überweisungen vorzubestellen. Bitte beachten Sie die einfachen Anweisungen während des Anrufes und sparen Sie so Ihre wertvolle Zeit. Sie erreichen den Anrufbeantworter rund um die Uhr unter Telefon: 02983 / 96 99 54 9.

Vielen Dank, dass Sie sich für die Beantwortung der Fragen Zeit genommen haben!

Wir wünschen Ihnen gute Besserung!  
Ihr Praxisteam Dr. med. Mihalić

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsjahr \_\_\_\_\_

Beruf \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

# Anamnesebogen

Bitte bringen Sie diesen Bogen zu Ihrem ersten Behandlungstermin mit.

Ich bin beschwerdefrei und wünsche einen „Check-Up“  ja  nein

Ich bitte um Überprüfung meines Impfschutzes  ja  nein  
(Bitte bringen Sie uns Ihren Impfpass mit)

Ich möchte an meine Termine erinnert werden  ja  nein

Meine Größe beträgt \_\_\_\_\_ cm

Mein Gewicht beträgt \_\_\_\_\_ kg

Ich bewege mich regelmäßig aktiv  im Beruf  
Wie oft in der Woche \_\_\_\_ Anzahl/Tag \_\_\_\_ Min.  in der Freizeit  
 nicht

Ich rauche  ja  nein

## Bekannt Krankheiten in meiner Familie (Eltern, Geschwister, Onkel, Tante)

Herzkrankheit/Herzinfarkt  nein  ja, bei wem? \_\_\_\_\_

Blutzuckerkrankheit  nein  ja, bei wem? \_\_\_\_\_

Schlaganfall  nein  ja, bei wem? \_\_\_\_\_

Krebs  nein  ja, bei wem und welche Art? \_\_\_\_\_

## Bei mir sind folgende Erkrankungen bekannt

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> keine             | <input type="checkbox"/> Darmerkrankungen         |
| <input type="checkbox"/> hohes Cholesterin | <input type="checkbox"/> Nierenerkrankung         |
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck     | <input type="checkbox"/> Rheuma                   |
| <input type="checkbox"/> Schwindelanfälle  | <input type="checkbox"/> Asthma/chron. Bronchitis |
| <input type="checkbox"/> Herzkrankheit     | <input type="checkbox"/> Allergien                |
| <input type="checkbox"/> Diabetes          | <input type="checkbox"/> Schlaganfall             |
| <input type="checkbox"/> Schilddrüse       | <input type="checkbox"/> Anfallsleiden            |
| <input type="checkbox"/> Blutungsneigung   | <input type="checkbox"/> Krebs                    |
| <input type="checkbox"/> Lebererkrankung   | <input type="checkbox"/> Sonstiges _____          |
| <input type="checkbox"/> Magenerkrankungen |   |

## Ich bin regelmäßig in Behandlung bei

- |                                     |  |
|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Lungenarzt | <input type="checkbox"/> Urologe         |
| <input type="checkbox"/> Kardiologe | <input type="checkbox"/> Neurologe       |
| <input type="checkbox"/> Orthopäde  | <input type="checkbox"/> Sonstiges _____ |

## Ich hatte folgende Operationen

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> keine          | <input type="checkbox"/> Mandeln-OP      |
| <input type="checkbox"/> Herz-OP        | <input type="checkbox"/> Schilddrüse-OP  |
| <input type="checkbox"/> Brust-OP       | <input type="checkbox"/> Blinddarm-OP    |
| <input type="checkbox"/> Gefäße-OP      | <input type="checkbox"/> Gallenblase-OP  |
| <input type="checkbox"/> Gebärmutter-OP | <input type="checkbox"/> Bruch-OP        |
| <input type="checkbox"/> Krebs-OP       | <input type="checkbox"/> Sonstiges _____ |

## Ich nehme regelmäßig Medikamente ein

nein  ja, welche und wie oft? \_\_\_\_\_

## Aktuelle Beschwerden

- |                       |                                      |   |  |
|-----------------------|--------------------------------------|---|--|
| Durst                 | <input type="checkbox"/> vermehrt    | <input type="checkbox"/> vermindert           | <input type="checkbox"/> normal        |
| Appetit               | <input type="checkbox"/> vermehrt    | <input type="checkbox"/> vermindert           | <input type="checkbox"/> normal        |
| Nachtschwitzen        | <input type="checkbox"/> vermehrt    |   | <input type="checkbox"/> normal        |
| Stuhlgang             | <input type="checkbox"/> Durchfall   | <input type="checkbox"/> Verstopfung          | <input type="checkbox"/> normal        |
| Wasserlassen          | <input type="checkbox"/> mit Brennen | <input type="checkbox"/> Startschwierigkeiten |  |
|                       | <input type="checkbox"/> normal      | <input type="checkbox"/> Nachts öfter         |  |
| Gewicht               | <input type="checkbox"/> Zunahme     | <input type="checkbox"/> Abnahme              | <input type="checkbox"/> konstant      |
| Frieren/Hitze         |                                      | <input type="checkbox"/> ja                   | <input type="checkbox"/> nein          |
| übermäßiges Schwitzen |                                      | <input type="checkbox"/> ja                   | <input type="checkbox"/> nein          |
| Kopfschmerzen         |                                      | <input type="checkbox"/> ja                   | <input type="checkbox"/> nein          |
| Luftnot               | <input type="checkbox"/> im Liegen   | <input type="checkbox"/> beim Treppensteigen  | <input type="checkbox"/> bei Aufregung |