



**OA Mag. Dr. Marco Leonardelli**  
 Wahlarzt für Interne Medizin und Allgemeinmedizin  
 Fabriksplatz 1a, 2 Stock, Top 5  
 2410 Hainburg an der Donau  
 Telefon: +43 (0) 650 7141 141  
 Email: [ordination@leonardelli.co.at](mailto:ordination@leonardelli.co.at)  
 Web: [www.leonardelli.co.at](http://www.leonardelli.co.at)

## Anamnesebogen Allgemeinmedizin

(Bitte unbedingt leserlich in Blockbuchstaben ausfüllen!)

Name: .....

Adresse: ..... PLZ Ort: .....

Telefon:..... FAX .....

E-mail:.....

Geburtsdatum:.....

Beruf: .....

Krankenkasse: ..... Sozialversicherungsnummer:.....

Sind bei Ihnen Vorerkrankungen bekannt (z.B. Diabetes, Schilddrüsenerkrankung, Bluthochdruck, KHK, Herschwäche, Schlaganfall, erhöhte Blutfette, Lungenerkrankungen, Krebserkrankung, Thrombose, Baucherkrankungen, Operationen, psychische Erkrankungen)?

.....

.....

.....

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein) (Bitte Angabe des Präparates und Dosierung)

Präparat	Morgen	Mittag	Abend	Nacht

**Haben Sie Allergien** (vor allem gegen Medikamente)? .....

.....

**Körpergröße:** .....cm **Gewicht:** .....kg

**Wann sind Sie zuletzt geimpft worden?** Tetanus....., Diphtherie.....,

Pneumokokken....., Keuchhusten....., FSME.....,

Hepatitis.....,

**Rauchen Sie?** Ja, seit .....Jahren; Wie viele Zigaretten/Tag:.....Stück, Nein

**Trinken Sie Alkohol?** Ja, Wie viel:..... Nein Gelegentlich

**Hatten Sie schon einmal eine Darmspiegelung?** Ja, wann:....., Nein

**Familienstand:** ledig verheiratet, Lebenspartnerschaft, geschieden, verwitwet

**Beruf:** .....

**Sport, wie oft pro Woche und was ?**.....

**Sind in Ihrer Familie folgende Erkrankungen bekannt?**

- Herzinfarkt, Diabetes, Bluthochdruck, Krebserkrankungen, Schlaganfall,  
Durchblutungsstörungen der Beine

Für Termine die 2malig nicht eingehalten und im Vorhinein nicht rechtzeitig abgesagt werden, behalte ich mir vor, den Betrag von € 30,00 zu verrechnen. Dies deshalb, da ich mir für jeden Patienten einen Termin reserviere um genug Zeit zu haben und Ihre Wartezeiten zu vermeiden. Sollte der 1. Termin nicht eingehalten werden, wird ein weiterer Termin nur nach Hinterlegung einer Kautions von € 40,00 vergeben.

Ich nehme die Regelung hinsichtlich der Terminabsage ausdrücklich zur Kenntnis.

\_\_\_\_\_  
Datum/Ort

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Patienten

**Vielen Dank für Ihre Mitarbeit ! Mit Ihren Angaben helfen Sie uns, Sie gewissenhaft zu betreuen.**