

Patientenanamnese

Medizinische Inklusions Ambulanz (MIA)

Persönliche Angabe

- Vor- und Nachname:
- Geburtsdatum (TT/MM/JJJJ):
- Sozialversicherungsnr.:
- Adresse:
- Telefonnr.:

Kontakt (Einrichtung oder Privat)

- Vor- und Nachname:
- Adresse:
- Telefonnr.:
- E-Mail-Adresse:

- Besteht eine Erwachsenenvertretung: ☐ ja ☐ nein

- Wenn ja:

- Name der Vertretung:
- Verhältnis zu Patient
- Telefonnr. und E-Mail

- Hausarzt:
- Adresse:
- Telefonnr.:

Medizinische Vorgeschichte:

Grunderkrankungen

- ☐ Trisomie 21
- ☐ Autismus-Spektrum-Störung
- ☐ Intelligenzminderung
- ☐ Demenz
- ☐ Epilepsie

Psychiatrische Erkrankungen:

Weitere:

Diagnosen:

Diabetes mellitus

Asthma bronchiale

Bluthochdruck

Herz-Kreislauf-Erkrankungen

Weitere:

--

Laufende Medikamentenliste:

[illegible]

VM NM Abend Nacht Bei Bedarf

☐

5

5

1

1

1

1

1

11

11

4

1

Weitere:

--

Allergien/Unverträglichkeiten:

--

Aktuelles Beschwerdebild

(Vorbefunde zum aktuellen Beschwerdebild mitschicken):

Art der Beschwerden / Schmerzäußerungen:

Gewichtsveränderung: Keine ☐
Gewichtsabnahme: kg in Wochen Monaten
Gewichtszunahme: kg in Wochen Monaten

Essverhalten:

Stuhlgang:

Wesensveränderungen (z.B. Stimmung, Verhalten)

Zahnmedizinische Bildgebung (CT)

Anlass des CT:

☐ Routinekontrolle ☐ Zahnschmerzen ☐ Eingeschränkte Zahnhygiene

Sonstiges:

Compliance bei Untersuchungen / Verhalten

Blutabnahme: ☐ möglich ☐ nicht möglich ☐ Nur mit Unterstützung / Beruhigung

Verhalten bei med. Maßnahmen/Untersuchungen

Unterstützende Maßnahmen zum Wohlbefinden - das gibt mir Ruhe und Sicherheit: (Kuscheltier, Musik, Buch, etc.)

Weitere Hinweise:

Zusätzliche Informationen

Blutgruppe (falls bekannt):

Impfstatus (z.B. Covid, Tetanus - Impfpass mitbringen falls vorhanden):

Besondere Hinweise (z.B. Herzschrittmacher, Dialyse, etc.):

Gynäkologische Anamnese

Auszufüllen bei Anfragen für gynäkologische Untersuchungen

- Letzte gynäkologische Kontrolle (Datum):

- Blutung:

- JA

☐

regelmäßig

☐

unregelmäßig

☐

Beschwerden (starke Blutung, Schmerzen, Übelkeit, ...)

- NEIN wegen

☐

Entfernung Gebärmutter

☐

Menopause

☐

Hormonpräparat

Sonstiges:

- Wunsch nach:

☐

Verhütung

☐

Blutungsfreiheit

- Sonstige Anliegen/Beschwerden

☐

Wiederkehrende Blasenentzündungen

☐

Inkontinenz

☐

Sonstiges

Kontakt MIA-Ambulanz,
Telefonnr.: 02752/9004 28008,
E-Mail: mia@melk.lknoe.at