

Praxisgemeinschaft Innere Medizin und Gastroenterologie

Dr. med. H. Newie, Dr. med. W. Stein und Dr. med. O. Schaefer

Paul-Zipp-Str. 173 ; 35398 Gießen

Telefon: 0641 / 808 99 350

Fax: 0641 / 808 99 399

Email: termin-gastro@mvz-gi.de

Anamnesebogen

Vorname, Name	
Adresse:	
Telefonnummer/Handynummer:	
Geb. Datum:	Hausarzt:
Größe:	Gewicht:

Sind bei Ihnen folgende Vorerkrankungen/Operationen bekannt?

Ja (X) Nein (X)

Magen- /Darm:

Speiseröhre	Ja ()	Nein ()
Gastritis	Ja ()	Nein ()
Magengeschwür	Ja ()	Nein ()
Dünndarmentzündung	Ja ()	Nein ()
Dickdarmentzündung	Ja ()	Nein ()
Divertikel	Ja ()	Nein ()
Darmpolyp	Ja ()	Nein ()
Tumor	Ja ()	Nein ()
Hämorrhoiden	Ja ()	Nein ()

Leber / Galle / Bauchspeicheldrüse:

Hepatitis A, B, C	Ja ()	Nein ()
Gallensteine	Ja ()	Nein ()
Gallenblasenentzündung	Ja ()	Nein ()
Bauchspeicheldrüsenentzünd.	Ja ()	Nein ()
Sonstiges	Ja ()	Nein ()

Herz / Kreislauf

Hoher Blutdruck	Ja ()	Nein ()
KHK (Herzkranzgefäße)	Ja ()	Nein ()
Herzinfarkt	Ja ()	Nein ()
Herzmuskelschwäche	Ja ()	Nein ()
Herzklappenfehler	Ja ()	Nein ()
Durchblutungsstörung Beine	Ja ()	Nein ()
Halsgefäße (Carotis)	Ja ()	Nein ()
Schlaganfall	Ja ()	Nein ()

Stoffwechsel

Diabetes mellitus	Ja ()	Nein ()
Blutfette (Chol./Trigl.)	Ja ()	Nein ()
Harnsäure	Ja ()	Nein ()

Schilddrüse

Über- / Unterfunktion	Ja ()	Nein ()
-----------------------	--------	----------

HIV-Infektion

Ja ()	Nein ()
--------	----------

Lunge

Asthma	Ja ()	Nein ()
chronische Bronchitis	Ja ()	Nein ()
TBC	Ja ()	Nein ()

Nieren /Harntrakt

Nierensteine	Ja ()	Nein ()
Entzündung	Ja ()	Nein ()
Funktion eingeschränkt	Ja ()	Nein ()

Gynäkologie

Gebärmutter	Ja ()	Nein ()
Eierstöcke	Ja ()	Nein ()
Brustdrüse	Ja ()	Nein ()
Sonstige	Ja ()	Nein ()

Sonstige Erkrankungen

Augen	Ja ()	Nein ()
Ohren	Ja ()	Nein ()
Mandeln	Ja ()	Nein ()
Nerven	Ja ()	Nein ()
Rheuma	Ja ()	Nein ()
Rücken / Gelenke	Ja ()	Nein ()
Unfallfolgen	Ja ()	Nein ()

Sonstige Vorerkrankungen:

Praxisgemeinschaft Innere Medizin und Gastroenterologie
Dr. med. H. Newie, Dr. med. W. Stein und Dr. med. O. Schaefer
Paul-Zipp-Str. 173 ; 35398 Gießen

Telefon: 0641 / 808 99 350
Fax: 0641 / 808 99 399
Email: termin-gastro@mvz-gi.de

Regelmäßige Medikamenteneinnahme

	Medikament	Morgens	Mittags	Abends	Zur Nacht
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten / Befunde unter Beachtung der datenschutzrechtlichen Regelungen an anfragende Stellen (Hausarzt und weiterbehandelnde Ärzte) weitergegeben werden dürfen.

Ich bin damit einverstanden, dass mein behandelnder Arzt bei Bedarf die Befunde eines anderen Arztes (auch innerhalb des AGAPLESION MVZ und AGAPELSION Evangelischen Krankenhaus Mittelhessen einsehen darf. (Nicht gewünschtes bitte streichen)

Diese Einwilligungserklärung besteht bis auf Widerruf.

Gießen, den -----

Unterschrift Patient

Vielen Dank für Ihre Mithilfe!

Ihr Praxis-Team