

# 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](mailto:termin-gastro@mvz-gi.de)

## Anamnesebogen

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

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](mailto: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**