

# Praxisgemeinschaft Innere Medizin und Gastroenterologie

Dr. med. H. Newie, Dr. med. O. Schaefer, Dr. med. N. Wandel

Paul-Zipp-Str. 173 ; 35398 Gießen

<b>Name, Vorname:</b>		
<b>Adresse:</b>		
<b>Telefonnummer / Handynummer:</b>		
<b>Geburtsdatum:</b>		<b>Hausarzt:</b>
<b>Größe:</b>	<b>Gewicht:</b>	<b>Krankenversicherung:</b>

## Anamnesebogen

### 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 ( )  
Bauchspeicheldrüsenentz. 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:

---

**Patienten Name:** \_\_\_\_\_

**Regelmäßige Medikamenteneinnahme**

<b>1.</b>	<b>Medikament</b>	<b>Morgens</b>	<b>Mittags</b>	<b>Abends</b>	<b>Zur Nacht</b>
<b>2.</b>					
<b>3.</b>					
<b>4.</b>					
<b>5.</b>					
<b>6.</b>					
<b>7.</b>					
<b>8.</b>					

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten / Befunde unter Beachtung der datenschutzrechtlichen Regelungen an anfragende Stellen (Hausarzt und weiterbehandelnde Ärzte, Kliniken) 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) anfordern und einsehen darf. (Ggf. nicht gewünschtes bitte streichen!)

Diese Einwilligungserklärung kann ich jederzeit schriftlich widerrufen.

Gießen, den -----

**Unterschrift Patient**

**Vielen Dank für Ihre Mithilfe!**

**Ihr Praxis-Team**