

Gerald Marx

Facharzt für Innere Medizin / Hausarzt

Hoppegartenring 1

30853 Langenhagen

Tel. 0511 77 3022

Patienten Anamnesebogen

Datenschutzhinweise nach dem 10. Sozialgesetzbuch: Alle Angaben sind freiwillig, streng vertraulich und unterliegen der ärztlicher Schweigepflicht!

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

PLZ/Wohnort: _____ Str./Hausnr.: _____

Krankenversicherung: _____ Telefonnr.: _____

Leiden Sie an einer der folgenden Erkrankung?

- | | | | |
|--------------------------------|-----------------------|-------------------------|-----------------------|
| Diabetes mellitus | <input type="radio"/> | Bluthochdruck | <input type="radio"/> |
| Schilddrüsenerkrankung | <input type="radio"/> | Angina pectoris | <input type="radio"/> |
| Lebererkrankung | <input type="radio"/> | Sonstige Herzerkrankung | <input type="radio"/> |
| Nierenerkrankung | <input type="radio"/> | Durchblutungsstörungen | <input type="radio"/> |
| Erhöhte Blutfettwerte | <input type="radio"/> | Krampfadern | <input type="radio"/> |
| Erhöhte Harnsäurewerte (Gicht) | <input type="radio"/> | Krebserkrankung | <input type="radio"/> |

Sonstige Erkrankungen: _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? Wenn ja, bitte auflisten

1. _____ 2. _____ 3. _____
4. _____ 5. _____ 6. _____
7. _____ 8. _____ 9. _____

Leiden Sie an Medikamentenunverträglichkeit? Wenn ja, bitte auflisten

1. _____ 2. _____ 3. _____
4. _____ 5. _____ 6. _____

Leiden Sie an Allergien? Wenn ja, bitte auflisten

1. _____ 2. _____ 3. _____
4. _____ 5. _____ 6. _____

Welche Operationen wurden bereits durchgeführt?

1. _____ 2. _____ 3. _____
4. _____ 5. _____ 6. _____

Aktuelle Beschwerden: _____

Bei welchem Hausarzt waren Sie zuletzt in Behandlung? _____

Sollen wir die Befunde von diesem Arzt anfordern? Ja Nein

Wenn ja, geben Sie bitte hier die Adresse und Telefonnummer des Arztes an: _____

Datum _____

Unterschrift _____