# - MAX

Name:

Vorname:

Adresse:

# Gemeinschaftspraxis

### Dr. med. Ralf Denger

Internist – Diabetologe – Hypertensiologe DHL Notfallmediziner – Ernährungsmediziner DGEM

Dr. med. Thomas Pfitzner

Internist – Gastroenterologe - Diabetologe DDG

**Gemeinschaftspraxis Dres. Ralf Denger & Thomas Pfitzner** Zum Grühlingsstollen 3 - 66299 Friedrichsthal - Tel.: 06897 / 98190

Zum Grühlingsstollen 3 66299 Friedrichsthal Telefon 0 68 97 / 98 19 - 0 Telefax 0 68 97 / 98 19 20

Datum:

### Anamnesebogen - Erstkontakt

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient!

Um Ihnen die bestmögliche Behandlung bieten zu können, brauchen wir von Ihnen Informationen zur Krankengeschichte.

Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand möglichst sorgfältig. Dadurch ermöglichen Sie uns, die Behandlung bestmöglich durchzuführen. Mögliche Risiken können erkannt und Komplikationen kann vorgebeugt werden. Die Angabe unterliegt der ärztlichen Schweigepflicht und ist streng vertraulich.

# Beschwerden/Grund der Untersuchung:

Bitte schildern Sie in eigenen Worten den Grund Ihrer Vorstellung bzw. den Grund für die geplante Untersuchung:

### Medikamenteneinnahme:

Medikament	morgens	mittags	abends	nachts

### **Anamnese:**

	ja	nein	Wann? Wo? Wieviel?
Endoskopische			
Voruntersuchung			
(Magen-/Darmspiegelung):			
Vorausgegangene			
Komplikationen bei			
Narkose/Anästhesie:			
Drogenkonsum:			
Raucher:			
Alkohol:			
Krebserkrankung in der Familie:			
Pflegestufe			
Gehilfe			
Grad der Behinderung			

Beruf: _	
Gewicht:	kg
Größe:	cm

# Bekannte Vorerkrankungen:

	ja	nein	
Bluthochdruck:			
Herzerkrankungen:			
Anfallsleiden (Epilepsie):			
Lungenerkrankung:			
Blutgerinnungsstörung:			
Diabetes mellitus (Zucker):			
Leber- oder Nierenerkrankung:			
Schnarchen oder Schlafapnoe:			
Voroperationen:			
Infektionskrankheit (z.B. HIV,			
Hepatitis B/C, Tuberkulose):			
Krebserkrankung:			
Allergien (z.B. Soja):			
Unverträglichkeiten:			
Schwangerschaft:			
Sonstige Erkrankungen:			

Wodurch bzw. durch wen (z. B. Internet, Telefonbuch, Kollegen, Familienmitglieder, Ärzte) sind Sie auf uns aufmerksam geworden?				
Ich erkläre mich mit dem Berichtsversand per Fax an meinen Hausarzt einverstanden:				
Ja Nein				
Friedrichsthal, den				
Unterschrift				