

Dr. med. Susanne Höger
Fachärztin für Allgemeinmedizin
Palliativmedizin
Reisemedizin (CRM)/Gelbfieberimpfstelle
Jürgen Franke
Facharzt für Allgemeinmedizin
Taucherarzt (GTÜM)
Malika Albasha
Fachärztin für Allgemeinmedizin
Naturheilkunde (Universität Valencia)
Akupunktur (Universität Valencia)
D-86641 Rain am Lech, Hauptstraße 46a
Tel. 09090-9597790 Fax: 09090-95977979
Email: aerztegemeinschaft@aerzte-rain.de;



ärztegemeinschaft
rundum gut versorgt

Anamnesebogen Neupatient

Patientendaten :

Titel, Name, Vorname: _____
Geboren am: _____
Anschrift: _____
Telefon: _____
Mobil: _____
Krankenkasse (nur Privat): _____

Wer soll im Notfall verständigt werden?

Name: _____
Adresse: _____
Telefon: _____

Versichertendaten (wenn von Patientendaten abweichend):

Titel, Name, Vorname: _____
Geboren am: _____
Anschrift: _____

Bisheriger Hausarzt:

Name: _____
Anschrift: _____
Telefon: _____

Arbeitgeber:

Firma/Name: _____
Anschrift: _____
Telefon: _____
Beruf: _____

Dr. med. Susanne Höger
 Fachärztin für Allgemeinmedizin
 Palliativmedizin
 Reisemedizin (CRM)/Gelbfieberimpfstelle
Jürgen Franke
 Facharzt für Allgemeinmedizin
 Taucherarzt (GTÜM)
Malika Albasha
 Fachärztin für Allgemeinmedizin
 Naturheilkunde (Universität Valencia)
 Akupunktur (Universität Valencia)
 D-86641 Rain am Lech, Hauptstraße 46a
 Tel. 09090-9597790 Fax: 09090-95977979
 Email: aerztegemeinschaft@aerzte-rain.de;



ärztegemeinschaft
 rundum gut versorgt

Anamnesebogen Neupatient

Sehr geehrter Patient, sollten Sie bei der Beantwortung einer oder mehreren der nachfolgenden Fragen unsicher sein, so bitte wir Sie dies unter Erläuterung / Bemerkung zu vermerken.

| | Nein | Ja | Erläuterung / Bemerkung |
|---------------------------------|-----------------------|-----------------------|-------------------------|
| Allergie (wenn ja welche): | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____ |
| Asthma bronchiale (allergisch): | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____ |
| Blutgerinnungsstörung: | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____ |
| Diabetes (Typ): | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____ |
| Anfallsleiden (Epilepsie): | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____ |
| Künstliche Gelenke: | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____ |
| Schilddrüsenerkrankungen: | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____ |

| | | | |
|-------------------------------------|-----------------------|-----------------------|-------|
| Sonstige Herz-Kreislauf-Erkrankung: | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____ |
|-------------------------------------|-----------------------|-----------------------|-------|

| | | | |
|------------------------------------|-----------------------|-----------------------|-------|
| Infektionskrankheiten (welche): | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____ |
| Hepatitis (A, B, C?): | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____ |
| HIV-Infektion (AIDS Testergebnis): | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____ |

| | | | |
|--|-----------------------|-----------------------|-------|
| Nierenerkrankung (Dialyse -> Heparinisiert): | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____ |
| Osteoporose (Bisphosphonate): | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____ |
| Rheumaerkrankungen: | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____ |
| Tumorerkrankungen (Bestrahlung, Chemo?): | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____ |
| Familiäre Vorbelastung? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____ |

| | | | |
|---|-----------------------|-----------------------|-------|
| Frühere Operationen (welche?): | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____ |
| Besteht eine Schwangerschaft: | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____ |
| Nehmen Sie Medikamente (Marcumar, ASS,...): | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____ |
| Sind Sie Raucher (gelegentlich, stark): | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____ |
| Trinken Sie regelmäßig Alkohol: | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____ |
| Nehmen Sie (gelegentlich) Drogen ein: | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____ |
| Befinden Sie sich derzeit in ärztl. Behandlung: | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____ |