



Dr. med. Michael Römer
Ottostr. 5
80333 München
Tel.: 089 / 260 94 94
Fax: 089 / 260 94 95

Anamnesebogen

Die folgenden Angaben dienen ausschließlich der Optimierung Ihrer Behandlung. Selbstverständlich unterliegen Ihre Angaben der ärztlichen Schweigepflicht.

Kontaktdaten des Patienten:

Name/Vorname _____

Geburtsdatum _____

Telefonnummer _____

E-Mail _____

männlich weiblich

Bei weiblichen Patienten:

Besteht eine Schwangerschaft? _____

Nehmen Sie Medikamente?

Wenn ja, welche? _____

Bestehen Allergien? _____

Wurden Sie bereits operiert? _____

Rauchen Sie? Welche Menge? _____

Wurde bereits eine Magen- oder
Darmspiegelung durchgeführt? _____

Sind in Ihrer Familie (Vater, Mutter,
Geschwister) Magen-,
Darmerkrankungen bekannt? _____

Leiden oder litten Sie an Krebs?
Wenn ja, welche Art? _____

Ist eine Krebserkrankung in Ihrer
Familie bekannt? _____

Wenn ja, welche/r Familienangehörige/n
war/en betroffen und in welchem Alter? _____

Wurde die Erkrankung operativ behandelt? ja nein

Ist der betroffene Angehörige an der Krebserkrankung verstorben? ja nein

Bestehen bei Ihnen

- Herz-Kreislauf-Erkrankungen? _____
- Lungenerkrankung? _____
- Lebererkrankung? _____
- Zuckerkrankheit _____
- Infektionskrankheiten? _____

Haben Sie Stuhlprobleme?

- Verstopfung? _____
- Durchfall? _____
- Blut am Toilettenpapier? _____
- Blut im Stuhl? _____
- Beschwerden am After? _____
(Jucken, Brennen)

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam? _____

Welche Beschwerden haben Sie aktuell? _____

Bei welchem Arzt waren Sie zuletzt in Behandlung?

Sollen wir Befunde von diesem Arzt anfordern?

Ja Nein

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

Bei Befundanforderung bitte ausfüllen:

Hiermit bestätige ich die gewünschte Befundanforderung bei oben genanntem Arzt. Ich bitte Sie meine Befunde an die Praxis Dr. med. Michael Römer, Ottostraße 5, 80333 München weiterzuleiten.

(Nachname u. Vorname Patient)

(Geburtsdatum Patient)

(Datum/Unterschrift Patient bzw. gesetzlicher Vertreter)

Ich habe diesen Fragebogen mit bestem Gewissen ausgefüllt und bestätige mit meiner Unterschrift die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben. Änderungen werde ich unverzüglich mitteilen.

Wir benötigen Ihre Krankenversichertenkarte bei jedem Besuch in der Praxis. Liegt sie uns 14 Tage nach der Behandlung nicht vor, müssen wir Sie als Privatpatient betrachten und Sie erhalten eine Rechnung.

Versicherungskarte vorgelegt: ja nein

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten bzw. des gesetzlichen Vertreters

Vielen Dank für Ihre Mühe!