



## Dr. med. Marcus Berg

-Facharzt für Innere Medizin-  
Notfallmedizin, Hypertensiologe (DHL)

Arbeitsschwerpunkte:

Herz-Kreislauf-erkrankungen und Bluthochdruck,  
Ultraschall-diagnostik und COPD, Hausärztliche Versorgung

55268 Nieder-Olm

Pariser Str. 78

Tel.: 06136-2558

praxis@dr-marcus-berg.de

### PATIENTEN ANAMNESEBOGEN

Name	Beruf
Vorname	Arbeitgeber
Titel/Namenszusatz	Telefon privat
Geburtsdatum	Telefon dienstlich
Straße	Telefon mobil
PLZ/Ort	E-Mail

### ABRECHNUNG

#### Kassenpatient (EBM)

Gesetzliche Krankenkasse (EBM)  Bundeswehr/Sozialamt (EGO)

#### Privatpatient (GOÄ)

Versicherungsgesellschaft:  Versicherter:

Beihilfe  Name

Postbeamten B  Vorname

KVB 1-3  Titel

Selbstzahler (Kostenerstattungsverfahren)  Geburtsdatum

Standarttarif (GOÄ bis 1,7 fach)  Straße

Ges. Basistarif (Leistungen entsprechen  
Kassenpatienten)  PLZ/Ort

### WIE WURDEN SIE AUF UNS AUFMERKSAM

persönliche Empfehlung durch andere Patienten  Werbung EDEKA

Praxis gesehen und Interesse bekommen  Jameda

Empfehlung durch andere Ärzte  Telefonbuch (regionales Telefonbuch)

Internet: [www.dr-marcus-berg.de](http://www.dr-marcus-berg.de)  sonst.:

### IHRE ÄRZTE

Bisheriger Hausarzt::  Orthopäde:

Gynäkologe:  Urologe:

Augenarzt:  Hautarzt (Dermatologe):

sonst:

### GRUND FÜR IHREN AKTUELLEN BESUCH

Ich suche einen **neuen Hausarzt**  Ich komme auf **Überweisung** zur  
Untersuchung/Therapie

**Vertretungsfall** (mein Hausarzt ist nicht  
erreichbar)  sonst:

## MEDIZINISCHER FRAGEBOGEN

**Meine Allergien:**  keine  Medikamente (z.B. Penicillin?):

Sonstige:

**Schwangerschaft**  Nein  Ja, Termin: Stillen Sie?  Nein  Ja

### Meine chronischen Krankheiten

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> keine                               | <input type="checkbox"/> Art. Hypertonie (Bluthochdruck)              | <input type="checkbox"/> Lebererkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit) | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenkrankheit                        |  |
| <input type="checkbox"/> Anderer Krebs/Tumorleiden:          | <input type="checkbox"/> Asthma Bronchiale / COPD (Chron. Bronchitis) |  |
| <input type="checkbox"/> Colonkarzinom (Darmkrebs)           | <input type="checkbox"/> Magen- oder Darmkrankheiten                  |  |
| <input type="checkbox"/> Herzkrankheiten                     | <input type="checkbox"/> Hauterkrankung (z.B. Schuppenflechte)        |  |
| <input type="checkbox"/> Nierenerkrankung                    | <input type="checkbox"/> sonst:                                       |  |

### Meine Dauermedikamente

keine  
morgens                      mittags                      abends


**Familienanamnese**  
Sind folgende Krankheiten bei Ihren Eltern oder Geschwistern aufgetreten?                      Verraten Sie uns bitte Ihre Größe und Ihr Gewicht (wichtig für die Dosierung von Medikamenten)

- |  |                |
|--|----------------|
| <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit) |                |
| <input type="checkbox"/> Herzinfarkt / KHK oder Schlaganfall | Größe (cm) =   |
| <input type="checkbox"/> Colonkarzinom (Darmkrebs)           |                |
| <input type="checkbox"/> Art. Hypertonie                     | Gewicht (kg) = |
| <input type="checkbox"/> sonst:                              |                |

### Meine aktuellen Beschwerden:

**Patientenunterschrift:** \_\_\_\_\_

**Vielen Dank !**