



**DR. SEBASTIAN HUBER**  
**DR. FLORIAN HOHLA**

Fachärzte für innere Medizin

<b>Anamneseblatt, vom</b> _____	
<b>Name:</b> _____	
<b>Adresse:</b> _____	
<b>Geb.Datum:</b> _____	<b>Vers.Nr.:</b> _____
<b>Tel.Nr.Privat:</b> _____	<b>Versicherungsträger:</b> _____
<b>Arbeitgeber/ Firma:</b> _____	
<b>Tel. Nr. Firma:</b> _____	<b>Mail:</b> _____
<ul style="list-style-type: none"><li><input type="radio"/> ja, ich willige einer Befundeinholung ein</li><li><input type="radio"/> ja, ich möchte künftig Informationen über Newsletter erhalten</li></ul>	
<b>Unterschrift:</b>	<b>Datum:</b>

**Aktuelle Beschwerden:**

Seit ungefähr:	Art der Beschwerden:

**Frühere Krankheiten (und Operationen):**

Jahr	Art der Erkrankung/ Operation	Dzt. eingenommene Medikation

**Nikotin:**

<input type="checkbox"/>	tgl./ Anzahl:	<input type="checkbox"/>	tgl. Art und Menge:
<input type="checkbox"/>	ab und zu	<input type="checkbox"/>	ab und zu
<input type="checkbox"/>	nie	<input type="checkbox"/>	nie

**Alkohol:**

**Erkrankungen bei Eltern, Geschwistern, Großeltern, Geschwister der Eltern:**

<input type="checkbox"/>	Bluthochdruck	bei:
<input type="checkbox"/>	Schlaganfall	bei:
<input type="checkbox"/>	Bypass-Operation	bei:
<input type="checkbox"/>	Diabetes	bei:
<input type="checkbox"/>	Alterszucker	bei:
<input type="checkbox"/>	Herzinfarkt	bei:
<input type="checkbox"/>	Krebs	bei: Art:
<input type="checkbox"/>	Sonstiges:	bei:

