

Patientenfragebogen

1. **Name** **Vorname** **Geb. Datum**

2. **Wie sind Sie versichert?**

Gesetzlich

Privat

3. **Wie kamen Sie zu uns?**

Hausarzt / überweisender Arzt

Empfehlung

Internet

Telefon / Gelbe Seiten

Werbung (U-Bahn etc.)

4. **Grund des Praxisbesuches**

Beschwerden

Vorsorge

Kontrolle

Kurze Beschreibung der Beschwerden:

5. **Hatten Sie früher endoskopische Untersuchungen?**

Gastroskopie (Magenspiegelung)

nein

ja, wann _____

Coloskopie (Darmspiegelung)

nein

ja, wann _____

6. **Sind bei Ihnen ansteckende Erkrankungen bekannt?**

nein

ja, welche

HIV

Hepatitis

Sonstige

7. Sind bei Ihnen Erkrankungen im Magen-Darm-Trakt bekannt?

- Speiseröhre: nein ja, welche _____
- Magen: nein ja, welche _____
- Dünn / Dickdarm: nein ja, welche _____
- Galle / Leber: nein ja, welche _____
- Bauchspeicheldrüse: nein ja, welche _____
- Voroperationen am Bauch: nein ja, welche _____
- Familiäre Belastung mit Magen-Darm-Krebs: nein ja, welcher _____

8. Sind bei Ihnen Erkrankungen der inneren Organe bekannt?

- Herz-Kreislauf nein ja, welche _____
- Lunge nein ja, welche _____
- Stoffwechsel nein ja, welche _____
- Niere / Blase nein ja, welche _____
- Bösartige Vorerkrankun nein ja, welche _____
- Allergien nein ja, welche _____
- Sonstiges nein ja, welche _____

9. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein (insbesondere gerinnungshemmende Medikamente wie Marcumar, Aspirin, Plavix oder Schmerzmittel)?

- nein ja, welche _____

10. Sind bei Ihnen Blutgerinnungsstörungen bekannt (Neigung zu blauen Flecken, Nachblutungen nach medizinischen Eingriffen)?

- nein ja, welche _____

11. Anmerkungen

Datum

Unterschrift