

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 Vorerkrankungen nein ja, welche _____
- Allergien nein ja, welche _____
- Sonstiges nein ja, welche _____

9. Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein (insbesondere gerinnungshemmende Medikamente wie Marcumar, Aspirin, Plavix, Eliquis, Pradaxa 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