

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. **An wen möchten Sie den Befund übermittelt haben?**

Hausarzt überweisender Arzt selbst andere

Andere: (Mehrfachnennungen möglich)

5. **Grund des Praxisbesuches**

Beschwerden Vorsorge Kontrolle

Kurze Beschreibung der Beschwerden:

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

Gastroskopie (Magenspiegelung) nein ja, wann

Coloskopie (Darmspiegelung) nein ja, wann

ERCP (Galle- / Bauchspeicheldrüsenuntersuchung) nein ja, wann

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 ansteckende Erkrankungen bekannt?

- nein
- ja, welche HIV
- Hepatitis
- Sonstige

9. 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 _____

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

- nein ja, welche _____

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

- nein ja, welche _____

12. Möchten Sie von uns an einen möglichen Kontrolltermin erinnert werden?

- nein ja

Datum

Unterschrift