

Herr / Frau:

Datum:

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

die Beantwortung der folgenden Fragen ist **freiwillig**, Sie helfen uns aber damit, Ihre Beschwerden besser beurteilen sowie die notwendigen Untersuchungen und Behandlung besser planen zu können. Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht sowie den Bestimmungen des Datenschutzes und werden streng vertraulich behandelt.

Aufgrund welcher der folgenden Beschwerden stellen Sie sich heute vorrangig vor ?

- ☐ Bauchschmerzen ☐ Sodbrennen ☐ Schluckstörungen ☐ Gewichtsverlust
- ☐ häufigem Durchfall ☐ Verstopfung ☐ wechselnder Stuhlgang (Durchfall/Verstopfung)
- ☐ Bluterbrechen/Kaffeesatzerbrechen ☐ Blut im Stuhl/ schwarzer Stuhlgang ☐ Blutarmut
- ☐ Darmkrebsvorsorge ☐ Darmkrebs in der Familie ☐ Kontrolle nach Darmpolypenentfernung
- ☐ Chronisch entzündliche Darmerkrankung ☐ Beschwerden am After ☐ andere

- Stehen Ihre Beschwerden eindeutig im Zusammenhang mit bestimmten Nahrungsmitteln ?..... ☐ **Nein**

☐ Ja, welche Nahrungsmittel ?

- Wurden bei Ihnen schon einmal Bakterien (Helicobacter) im Magen festgestellt ?..... ☐ **Nein**

☐ Ja, wann ?

- Wurde bei Ihnen schon einmal ein Magen- oder Zwölffingerdarmgeschwür festgestellt?..... ☐ **Nein**

☐ Ja, wann ?

- Ist bei Ihnen oder in Ihrer Familie eine der folgenden Krebserkrankungen bekannt ?.... ☐ **Nein**

Ja, ☐ Speiseröhre ☐ Magen ☐ Darm ☐ Leber/Gallenblase ☐ Bauchspeicheldrüse
☐ Gebärmutter/Eierstock ☐ Nieren/Harnleiter ☐ andere

Bei wem ?

In welchem Alter ?

- Ist bei Ihnen oder in Ihrer Familie eine andere Magen-Darm-Erkrankung bekannt ?..... ☐ **Nein**

☐ Ja, Bei wem und welche ?

- Sind bei Ihnen oder in Ihrer Familie Darmpolypen aufgetreten ?..... ☐ **Nein**

☐ Ja, Bei wem ?

In welchem Alter ?

Fragebogen Endoskopie

Herr / Frau:

Datum:

- **Wurden Sie schon einmal am Bauch operiert ?**..... ☐ *Nein*

Ja, ☐ Magen ☐ Darm ☐ Gallenblase ☐ Blinddarm ☐ Gebärmutter ☐ andere

- **Nehmen Sie zur Zeit Medikamente für Magenbeschwerden ein ?**..... ☐ *Nein*

Ja, ☐ Omeprazol / Antra / Esomeprazol ☐ Nexium ☐ Pantoprazol / Pantozol

☐ Lansoprazol / Agopton ☐ MCP / Paspertin / Motilium ☐ andere

- **Nehmen Sie zur Zeit Medikamente zur Blutverdünnung ein ?** ☐ *Nein*

Ja, ☐ ASS/Aspirin/Godamed ☐ Clopidogrel/Plavix/Iscover ☐ Efient

☐ Aggrenox ☐ Brilique ☐ Pradaxa ☐ Xarelto ☐ Eliquis

☐ Lixiana ☐ Marcumar ☐ Heparinspritzen ☐ andere

- **Nehmen Sie regelmäßig oder bei Bedarf Schmerzmittel oder Rheumamittel ein ?**..... ☐ *Nein*

☐ Ja, welche und wie oft ?

- **Welche anderen Medikamente nehmen sie gelegentlich oder regelmäßig ein ?**..... ☐ *keine*

☐ Ja, folgende:

- **Wurde bei Ihnen schon einmal eine Magenspiegelung vorgenommen ?**..... ☐ *Nein*

☐ Ja, wann, wo und was war das Ergebnis ?

- **Wurde bei Ihnen schon einmal eine Darmspiegelung vorgenommen ?**..... ☐ *Nein*

☐ Ja, wann, wo und was war das Ergebnis ?

- **Wurde bei Ihnen in den letzten 6 Monaten eine der folgenden Untersuchungen durchgeführt ?**..... ☐ *Nein*

Ja, ☐ Bauchultraschall (nicht vom Frauenarzt / Urologen !) ☐ Blutuntersuchungen

☐ Röntgenuntersuchungen des Bauchraums (CT / MRT) ☐ Stuhluntersuchungen

- **Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden ?**

☐ Hausarzt/Gynäkologe/Urologe ☐ Verwandte ☐ Freunde/Kollegen ☐ Internet

☐ Telefonbuch ☐ Ich wurde bereits vorher in dieser Praxis behandelt ☐ anders