

ANAMNESE-FRAGEBOGEN

Liebe Patientin, lieber Patient!

Wir bitten Sie, die nachfolgenden Fragen zu Ihrer medizinischen Vorgeschichte möglichst sorgfältig und genau zu beantworten. Sie helfen uns, dadurch besser auf Ihre Beschwerden eingehen zu können und ermöglichen uns eventuellen Risiken bei der Behandlung vorzubeugen. Alle Angaben sind freiwillig und werden selbstverständlich von uns streng vertraulich behandelt und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

ALLGEMEINES ZUR PERSON

Name: Vorname:
geboren am: Familienstand:
Tel. privat: Tel. mobil:
E-Mail: Versicherung:
Notfallkontakt (Name, Tel. mobil):
Hausarzt: überweisender Arzt:
Körpergröße (cm): Gewicht (kg):

Arzt, an den im Fall einer Gewebeproben-Entnahme die histologischen Befunde geschickt werden sollen:
.....

MEDIKATION

Welche Medikamente nehmen Sie (regelmäßig) ein? Bitte geben Sie **alle** Medikamente an, die Sie derzeit einnehmen.

.....

.....

VORERKRANKUNGEN

- | | | | |
|--|---|-----------------------------|---|
| • Bluthochdruck | ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> | • Stoffwechselkrankheiten | ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> |
| • Koronare Herzkrankheit | ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> | • Anfallsleiden / Epilepsie | ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> |
| • Asthma / Lungenerkrankungen | ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> | • Blutgerinnungsstörung | ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> |
| • Diabetes / Zuckerkrankheit | ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> | • Nierenerkrankungen | ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> |
| • Lebererkrankungen (z.B. Hepatitis) | | | ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> |
| • Herzklappenfehler / OP / Herzschrittmacher | | | ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> |
| • Sonstige Infektionserkrankungen (z.B. AIDS/HIV, Tuberkulose) | | | ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> |
| • Sonstige Erkrankungen? | ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> | Wenn ja, welche? | |
| • Bestand oder besteht bei Ihnen eine Krebserkrankung? | | | ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> |
| Wenn ja, welche, seit wann, wo? | | | |
| • Wichtige Vorerkrankungen oder Operationen im Bauchraum | | | ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> |
| Wenn ja, welche? Wann? | | | |

- Gibt es Krebserkrankungen in der Familie? ja nein
Wenn ja, welche?
- Wurde bei Ihnen bereits eine Magen-/ oder Darmspiegelung durchgeführt? ja nein
Wenn ja, wann / welche?

ALLERGIEN / UNVERTRÄGLICHKEITEN

- Lokalanästhesie / Spritzen ja nein
- Schmerzmittel ja nein
- Antibiotika ja nein
- Sonstige ja nein
- Gab es Unverträglichkeitsreaktionen bei Operationen? ja nein
- Erdnüsse ja nein
- Soja ja nein
- Wenn ja, welche?

ICH LEIDE UNTER

- Bauchschmerzen ja nein Wenn ja, wo? Oberbauch Unterbauch
- Blähungen ja nein • Durchfälle ja nein
- Verstopfung ja nein • Blut im Stuhl ja nein
- Appetitlosigkeit ja nein • Gewichtsabnahme ja nein
- Rauchen Sie? ja nein Wenn ja, wie viel?
- Trinken Sie Alkohol? ja nein Wenn ja, was und wieviel?
- Auslandsaufenthalte? ja nein Wann, wo? Tropenaufenthalte?

SONSTIGE BESCHWERDEN

- Herz-Kreislauf ja nein • Atemwege ja nein
- Bewegungsapparat ja nein • Schlafstörungen ja nein
- Schnarchen ja nein • Ohnmachtsanfälle ja nein
- Ich bin beschwerdefrei ja nein

EIGENE BESCHREIBUNG

- Bitte beschreiben Sie Ihre Beschwerden mit Ihren eigenen Worten:
.....
- Wann haben diese Beschwerden erstmals begonnen?
.....
- Was führt zu einer Verbesserung / Verschlechterung der Beschwerden?
.....
- Was ist Ihrer Meinung nach die Ursache der Beschwerden?
.....

Berlin, den Unterschrift