

Herr / Frau:.....

Datum:.....

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

bitte beantworten Sie die folgenden Fragen genau, Sie helfen uns 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 vor ?

- Bauchschmerzen Sodbrennen Schluckstörungen Gewichtsverlust
- häufigem Durchfall Verstopfung wechselnder Stuhlgang (Durchfall/Verstopfung)
- Bluterbrechen/Kaffeensatzerbrechen Blut im Stuhl/ schwarzer Stuhlgang Blutarmut
- Hämorrhoiden Beschwerden am After (Schmerzen/Brennen/Jucken) Lebererkrankung
- Bauchspeicheldrüsenerkrankung Krebsvorsorge familiäre Vorbelastung
- Kontrolle nach Darmpolypentfernung 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 ?

Herr / Frau:.....

Datum:.....

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

Ja, Magen Darm Gallenblase Blinddarm Gebärmutter andere

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

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

Lansoprazol / Aopton MCP / Paspertin / Motilium andere

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

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

Aggrenox Brilique Pradaxa Xarelto Eliquis

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 !) Röntgenuntersuchungen des Bauchraums

Blutuntersuchungen 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