

Herr / Frau:.....

Datum:.....

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

die Beantwortung der folgenden Fragen ist **freiwillig**, 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/Kaffeesatzbrechen 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 ?

Herr / Frau:.....

Datum:.....

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

Ja, Magen Darm Gallenblase Blinddarm Gebärmutter andere

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

Ja, Omeprazol / Omeprazol / Antra / Esomeprazol Nexium Pantoprazol / Pantozol
 Lansoprazol / Agopton MCP / Paspertin / Motilium andere

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

Ja, ASS/Aspirin/Godamed Clopidogrel/Plavix/Iscover Efient
 Aggrenox Brillique 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 (z. B. 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