

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 vor ?**

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