



FRAGEBOGEN DARMSPIEGELUNG

Liebe Patientin, lieber Patient,

um Ihre Behandlung optimal vorbereiten zu können, bitten wir um Beantwortung folgender Fragen (soweit wie möglich). Vielen Dank!

#Name, #Vorname

Name und Vorname

#gebdat

Geburtsdatum

Telefon

Telefon mobil (freiwillig)

Hausarzt und zu informierende Ärzte (Name, Adresse, Telefon)

Krankenkasse

Kommen Sie zur Vorsorge-Untersuchung?

ja nein

Gewicht (Kg)

Größe (cm)

Sind bei Ihnen Magen-Darmerkrankungen bekannt oder nehmen Sie Magen-Darm-Medikamente?

nein

ja, welche? _____

Sind familiäre Krebserkrankungen bekannt?

nein

ja, welche? _____

Unter welchen Darmbeschwerden leiden Sie?

- Bauchschmerzen
- Verstopfung
- Blähbauch
- Durchfall
- Gefühl der unvollst. Entleerung
- Blut im Stuhl

Haben Sie Allergien gegen Soja (wichtig für Propofol-Narkose) oder andere Medikamente?

nein

ja, welche? _____

Sind Ihre Beschwerden von Stress oder Ernährung abhängig?

ja nein

Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente? (z.B. Markumar, Aspirin, ASS, Iscover, Plavix, Xeloda...)

nein

ja, welche? _____

Weitere Darm-Beschwerden?

Haben Sie eine ansteckende Erkrankung (z.B. Hepatitis C, HIV)?

nein

ja, welche? _____

Besteht eine weitere Erkrankung?

- Bluthochdruck
- Herzerkrankung/ Herzschrittmacher
- Diabetes mellitus
- Asthma oder Lungenerkrankung
- Sonstige _____

Möchten Sie eine Behandlung mit selbst resorbierenden Kohlendioxid (Kosten 20€, siehe Flyer)

ja nein

Besteht eine Schwangerschaft?

ja nein

Datenschutzerklärung:

- Ich bin damit einverstanden, dass meine personenbezogenen Daten dem Hausarzt und/oder weiteren Ärzten zur Beurteilung meiner Gesundheitssituation mitgeteilt werden dürfen. Die beteiligten Personen unterliegen dem Datenschutzgeheimnis des Bundesdatenschutzgesetzes (§5).

Datum _____ Unterschrift Patient _____