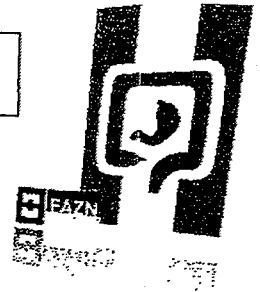


#id



FRAGEBOGEN MAGEN-SPIEGELUNG

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

Unter welchen Magenbeschwerden leiden Sie?

- Sodbrennen
- Schluckstörungen
- Übelkeit
- Erbrechen
- Druck oder Schmerzen im Oberbauch
- Völlegefühl

Gewicht (Kg)

Größe (cm)

Die Magenspiegelung kann mit einer lokalen Betäubung des Rachens oder mit einer richtigen Kurznarkose (Propofol) durchgeführt werden.

Weitere Magen-Beschwerden?

Möchten Sie eine Kurznarkose (Propofol)?

- nein
- ja

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

- nein
- ja, welche? _____

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

- nein
- ja, welche? _____

Sind Ihre Beschwerden abhängig von der Ernährung (z.B. Milchprodukten)?

- ja
- nein

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

- nein
- ja, welche? _____

Sind Ihre Beschwerden abhängig von Stress?

- ja
- nein

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

- nein
- ja, welche? _____

Sind familiäre Krebserkrankungen bekannt?

- nein
- ja, welche? _____

Besteht eine weitere Erkrankung?

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

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 Bundesdatenschutzgesetzte (§5).

Datum _____ Unterschrift Patient _____