



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	Geburtsdatum
Telefon	Telefon Mobil (freiwillig)	Krankenkasse
Hausarzt (Name, Adresse, Telefon)		

Kommen Sie zur Vorsorge Untersuchung?

☐ Ja ☐ Nein

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

☐ Nein

☐ Ja, welche? _____

Unter welchen Darmbeschwerden leiden Sie?

- ☐ Bauchschmerzen
- ☐ Verstopfung
- ☐ Blähbauch
- ☐ Durchfall
- ☐ Gefühl der unvollständigen Entleerung
- ☐ Blut im Stuhl

Sind Ihre Beschwerden von Stress oder Ernährung abhängig?

☐ Ja ☐ Nein

Haben Sie sonstige Darmbeschwerden?

Möchten Sie die Behandlung mit selbst resorbierenden Kohlendioxid (Kosten 20 € , siehe Infoblatt) ?

☐ Ja ☐ Nein

Möchten Sie eine Kurznarkose (Propofol)?

☐ Ja ☐ Nein

Gewicht (Kg)

Größe (cm)

Sind familiäre Krebserkrankungen bekannt?

☐ Nein

☐ Ja, welche? _____

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

☐ Nein

☐ Ja, welche? _____

Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente ein wie z.B. Marcumar, ASS, Plavix, Iscover... ?

☐ Nein

☐ Ja, Welche? _____

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 _____

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)

Ort, Datum

Unterschrift Patient

Prof. Ehehalt
Bergheimer Str. 59-61 – 69115 Heidelberg
Tel: 06221-25346 / Fax: 06221-164186
www.heidelberg-gastroenterologie.de