



FRAGEBOGEN MAGEN- & 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)		

Unter welchen Beschwerden leiden Sie?

- ☐ Sodbrennen
- ☐ Schluckstörungen
- ☐ Übelkeit/Erbrechen
- ☐ Druck oder Schmerzen im Oberbauch
- ☐ Völlegefühl
- ☐ Bauchschmerzen
- ☐ Verstopfung
- ☐ Blähbauch
- ☐ Durchfall
- ☐ Gefühl der unvollst. Entleerung
- ☐ Blut im Stuhl
- ☐ Weitere Beschwerden? _____

Weitere Magenbeschwerden?

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

- ☐ Nein
- ☐ Ja, Welche? _____

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

- ☐ Ja
- ☐ Nein

Möchten Sie eine 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 bek

- ☐ Nein
- ☐ Ja, welche? _____

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

- ☐ Nein
- ☐ Ja, Welche? _____

Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente ein?

(z.B. Marcumar, ASS, Plavix, Iscover, Plavix, Xeloda...?)

- ☐ 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
- ☐ Weitere _____

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