



FRAGEBOGEN SPRECHSTUNDE

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

Gewicht (Kg)

Größe (cm)

Sind familiäre Krebserkrankungen bekannt?

- ☐ Nein
- ☐ Ja, welche? _____

Ist Ihr Magen oder Darm schon untersucht worden?

- ☐ Nein
- ☐ Ja, wann? _____

Weitere Magenbeschwerden?

Welche Medikamente nehmen Sie ein?

Sind bei Ihnen Magen-Darmerkrankungen bekannt?

- ☐ Nein
- ☐ Ja, Welche? _____

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

- ☐ Nein
- ☐ Ja, welche? _____

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

- ☐ 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