

1. Allgemeine Daten:

Name: _____ Vorname: _____

Geb.-Datum: _____ Größe, Gewicht: _____

Adresse: _____

Mobiltelefon: _____ Festnetz: _____

Hausarzt: _____

Beruf: _____

Krankenkasse: _____ gesetzlich privat

2. Grund des Praxisbesuchs:

Beschwerden Vorsorge Kontrolle

Kurze Beschreibung der Beschwerden:

3. Hatten Sie früher endoskopische Untersuchungen?

Gastroskopie (Magenspiegelung)

nein ja ; wann: _____

Coloskopie (Darmspiegelung)

nein ja ; wann: _____

4. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein??

(Insbesondere gerinnungshemmende Medikamente wie ASS, Clopidogrel/Plavix, Marcumar, Xarelto, Eliquis, Pradaxa ; Schmerzmittel oder Zuckertabletten/Insulin?)

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Patientenaufnahmebogen



5. Sind bei Ihnen ansteckende Erkrankungen bekannt?

O nein O ja ; welche? O Hepatitis O HIV O Sonstige

6. Sind bei Ihnen Blutgerinnungsstörungen bekannt?

(Neigung zu blauen Flecken, Nachblutungen nach medizinischen Eingriffen)?

O nein O ja ; welche: _____

7. Sind bei Ihnen Erkrankungen im Magen-Darm-Trakt bekannt?

Speiseröhre:

O nein O ja ; welche: _____

Magen:

O nein O ja ; welche: _____

Dünn / Dickdarm:

O nein O ja ; welche: _____

Galle / Leber/Bauchspeicheldrüse:

O nein O ja ; welche: _____

Voroperationen am Bauch:

O nein O ja ; welche: _____

Familiäre Belastung mit Magen-Darm-Krebs:

O nein O ja ; welche: _____

8. Sind bei Ihnen Erkrankungen der inneren Organe bekannt?

Herz-Kreislauf:

O nein O ja ; welche: _____

O Defibrillator O Schrittmacher

Lunge:

O nein O ja ; welche: _____

Stoffwechsel:

O nein O ja ; welche: _____

Niere/Blase:

O nein O ja ; welche: _____

Bösartige Vorerkrankungen:

O nein O ja ; welche: _____

Allergien:

O nein O ja ; welche: _____

Sonstiges

O nein O ja ; welche: _____

Datum: _____ Unterschrift Patient/in: _____