PRAXIS FÜR MAGEN-DARM-ERKRANKUNGEN

Prof. Dr. med. R. Ehehalt
Endoskopie • Innere Medizin • Gastroenterologie

#id

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
Name und Vorname

#gebdat
Geburtsdatum

Telefon

Telefon mobil (freiwillig)

Hausarzt und zu informierende Ärzte (Name, Adresse, Telefon)

Krankenkasse

Unter welchen Beschwerden leiden Sie?
- o Sodbrennen
- o Schluckstörungen
- o Übelkeit
- o Erbrechen
- o Druck oder Schmerzen im Oberbauch
- o Völlegefühl
- o Bauchschmerzen
- o Verstopfung
- o Blähbauch
- o Durchfall
- o Gefühl der unvollst. Entleerung
- o Blut im Stuhl
- o Weitere Beschwerden_____

Sind bei Ihnen Magen-Darmerkrankungen bekannt oder nehmen Sie Magen-Darm-Medikamente?
- o nein
- o ja, welche? _____

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

Möchten Sie eine Behandlung mit selbst resorbierenden Kohlendioxid (Kosten 20€, siehe Flyer)
O ja O nein

Gewicht (Kg)

Größe (cm)

Sind familiäre Krebserkrankungen bekannt?
- o nein
- o ja, welche?_____

Haben Sie Allergien gegen Soja (wichtig für Propofol-Narkose) oder andere Medikamente?
- o nein
- o ja, welche?_____

Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente? (z.B. Markumar, Aspirin, ASS, Iscover, Plavix, Xeloda...)
- o nein
- o ja, welche?_____

Haben Sie eine ansteckende Erkrankung (z.B. Hepatitis C, HIV)?
- o nein
- o ja, welche ?_____

Besteht eine weitere Erkrankung?
- o Bluthochdruck
- o Herzerkrankung/ Herzschrittmacher
- o Diabetes mellitus
- o Asthma oder Lungenerkrankung
- o Weitere _____

Besteht eine Schwangerschaft?
- o O ja O nein

Datenschutzerklärung:
- o 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 _____

Prof. Ehehalt
Burgstr. 61 – 69121 Heidelberg
Tel. 06221 25346 – Fax 06221/16418
www.heidelberg-gastroenterologie.de