



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

Name und Vorname

#gebdat

Geburtsdatum

Telefon

Telefon mobil (freiwillig)

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

Krankenkasse

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

Weiter Magen-Darm-Beschwerden:

Gewicht (Kg)

Größe (cm)

Sind familiäre Krebserkrankungen bekannt?

- nein
- ja, welche? _____

Ist ihr Magen oder Darm schon untersucht worden?

- nein
- ja, wann? _____

Welche Medikamente nehmen Sie ein?

Sind bei Ihnen Magen-Darmerkrankungen bekannt?

- 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).

Datum _____ Unterschrift Patient _____