

Liebe Patientin, lieber Patient,

um das persönliche Arztgespräch zu erleichtern, bitten wir Sie, die folgenden Fragen – soweit möglich – zu beantworten.

Vielen Dank!



Praxis für Gastroenterologie

Dr. med. Christian Haferland

Dipl.-Med. Gerald Urban

Dr. med. Stefan Albers (angestellter Arzt)

Carolusstraße 214, 02827 Görlitz

Krankenkasse bzw. Krankenversicherung _____

PLZ Wohnort _____

Name, Vorname des Versicherten _____

Straße Hausnummer _____

Beruf/Tätigkeit _____

Telefon priv. am Arbeitsplatz Handy _____

Name des überweisenden Arztes/Ort _____

1) Haben Sie Bauchbeschwerden?

nein – weiter bei 2) Ja

Seit wann haben Sie die Beschwerden?

seit Tagen seit Wochen

seit Monaten seit Jahren

Die Beschwerden sind

krampfartig gleichbleibend

Blähbauch nur tagsüber

nachts im Zusammenhang mit dem Essen

Lokalisation sind

eher Oberbauch eher Unterbauch

um den Nabel

2) Haben Sie Stuhlgangsveränderungen?

nein – weiter bei 3) Ja

Seit wann haben Sie die Beschwerden?

seit Tagen seit Wochen

seit Monaten seit Jahren

Wie oft haben Sie Stuhlgang?

_____ Mal am Tag oder _____ Mal pro Woche

Der Stuhlgang ist geformt

zu fest zu weich

dünn wässrig häufig wechselnd

Ist die Stuhlentleerung schwierig?

ja nein

Nehmen Sie Abführmittel?

nein ja

welche/seit wann _____

3) Haben Sie Afterbeschwerden?

nein – weiter bei 4) ja

Seit wann haben Sie die Beschwerden?

seit Tagen seit Wochen

seit Monaten seit ...

Leiden Sie unter Schmerzen im After ?

nein andauernd

in Form von ständigem Druck bei oder nach dem Stuhlgang

Fremdkörpergefühl

Spüren Sie

Brennen Nässen

Juckreiz Knoten

Vorfall/ Herausretzen Stuhlschmierer

Haben Sie ungewollten Abgang von

Luft Stuhl

nein, keine Kontinenzprobleme

Wurden Sie bereits am Enddarm behandelt?

nein Verödung

Operation Gummibandligatur

Benutzen Sie Zäpfchen/Salben wegen Beschwerden am After?

nein ja, welche _____

4) Haben Sie beim Stuhlgang Blut festgestellt ?

nein – weiter bei 5) ja, am Toilettenpapier

in der Toilette dem Stuhl aufgelagert

Es handelt sich dabei um

helles Blut dunkles Blut

5) Gibt es bei Ihnen auffällige Blutwerte/Laborwerte?

nein – weiter bei 6) nicht bekannt

Blutarmut Leberwerte

Entzündungen

6) Wurden Sie bereits am Dickdarm untersucht?

nein – weiter bei 7) ja

Dickdarm-Röntgen Austastung mit dem Finger

Enddarmspiegelung

komplette Dickdarmspiegelung/wann _____

7) Gibt es in Ihrer Blutsverwandtschaft Darmkrebs?

nein – weiter bei 8) ja/wer _____

Die Patienteninformation zur Behandlung von End- und Dickdarmbeschwerden bzw. die Aufklärung zur Darmspiegelung habe ich erhalten und gelesen. Hierzu habe ich keine weiteren Fragen.

Ich wünsche einen Befundbericht

keinen Befundbericht

an meinen überweisenden Arzt/Hausarzt.

8) Wurden Sie bereits am Bauch operiert?

nein – weiter bei 9) ja

Entfernung

der Gebärmutter des Blinddarms

Dick-/Dünndarmoperation sonstige _____

9) Leiden Sie unter einer chronischen Allgemeinerkrankung ?

nein ja, welche _____

10) Haben Sie in letzter Zeit Gewicht verloren?

nein ja, wieviel kg _____ seit wann _____

11) Haben Sie eine der folgenden infektiösen Erkrankungen?

nein – weiter bei 12) Hepatitis

HIV-Infektion/ AIDS-Erkrankung sonstige _____

12) Sind Sie gegen bestimmte Medikamente allergisch?

nein ja, welche _____

13) Nehmen Sie regelmäßig gerinnungshemmende Medikamente ein?

nein ja

Falithrom, Xarelto/ Pradaxa/Eliquis, ASS, Clopidogrel, Plavix

14) Besteht bei Ihnen unabhängig von 13) eine Bluterkrankung oder erhöhte Blutungsneigung?

nein ja

15) Sind Sie Träger eines Herzschrittmachers/Defibrillators oder einer künstlichen Herzklappe?

nein ja/Ausweis vorlegen

16) Welche Medikamente nehmen Sie ein?

Notieren Sie diese auf der Rückseite oder legen Sie Ihren Medikamentenplan vor!

Wie groß sind Sie?

_____ cm

Wie viel wiegen Sie?

_____ kg

Datum

Unterschrift