

ANAMNESEBOGEN

Gastroenterologie



Sehr geehrte Patienten,
herzlich willkommen im MVZ Arberland.

Die nachfolgenden Daten sind für Ihre Behandlung von großer Wichtigkeit. Sollten Sie sich bei einer Angabe nicht sicher sein, machen Sie bitte ein Fragezeichen. Ihre Angaben unterliegen nach § 203 StGB der ärztlichen Schweigepflicht und werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

Name | Vorname

Geburtsdatum

Telefonnummer

E-Mail

Hausarzt (Name | Ort)

Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand möglichst sorgfältig, damit wir möglichen Risiken vorbeugen können!

Herz-/Kreislaufkrankungen

- | | | |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Herzklappenfehler/OP/Herzschrittmacher | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Koronare Herzkrankheit | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Anfallsleiden (Epilepsie) | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |

Allergien bzw. Unverträglichkeiten

- | | | |
|---------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Asthma/Lungenerkrankungen | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Lokalanästhesie/Spritzen | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Blutgerinnungsstörungen | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Diabetes/Zuckerkrankheit | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Drogenabhängigkeit | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Nierenerkrankungen | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Lebererkrankungen | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Stoffwechselkrankheiten | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Bauchoperationen | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Antibiotika | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Schmerzmittel | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Soja | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Nahrungsmittel | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Metalle | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Latex | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Sonstige | _____ | |

Infektiöse Erkrankungen

- | | | |
|-------------|-----------------------------|-------------------------------|
| AIDS | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Hepatitis | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Tuberkulose | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |

ANAMNESEBOGEN

Gastroenterologie

Sonstige Erkrankungen?

Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

Besteht eine Schwangerschaft?

Ja Nein

Wenn ja, welcher Monat _____

Gibt es Krebserkrankungen in der Familie?

Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

Besteht/bestand bei Ihnen eine Krebserkrankung?

Ja Nein

Wenn ja, wann/wo? _____

Wurde bei Ihnen bereits eine Magen oder Darmspiegelung durchgeführt?

Ja Nein

Wenn ja, wann und wo? _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?

Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

Gab es Unverträglichkeitsreaktionen bei Operationen?

Ja Nein

Wenn ja, welche/wann/wo? _____

Körpergewicht in kg: _____ Körpergröße in cm: _____

Ich leide unter:

Schluckstörungen Ja Nein

Bauchschmerzen Ja Nein

Blähungen Ja Nein

Durchfall Ja Nein

Verstopfung Ja Nein

Blutungen Ja Nein

Stuhlnormregelmäßigkeiten Ja Nein

Appetitlosigkeit Ja Nein

Gewichtsab-/zunahme Ja Nein

Rauchen Sie? Ja Nein

Trinken Sie Alkohol? Ja Nein

Auslandsaufenthalte Ja Nein

Ich bin beschwerdefrei **Ja** **Nein**

Wenn ja, wieviel pro Tag? _____

Wenn ja, wieviel pro Tag? _____

Wenn ja, wo? _____

Sonstige Beschwerden:

- | | | |
|------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Herz/Kreislauf | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Atemwege | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Bewegungsapparat | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Schlafstörungen | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Schnarchen | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Ohnmachtsanfälle | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |

Sonstige Beschwerden – Beschreiben Sie mit Ihren eigenen Worten Ihre Beschwerden:

Wann haben die Beschwerden erstmals begonnen?

Was führt zu einer Verschlechterung, was zu einer Verbesserung der Beschwerden?

Was ist Ihrer Meinung nach die Ursache für Ihre Beschwerden?

Ort / Datum

Unterschrift