

Innere Medizin - Gastroenterologie

Dres. M. Hanig, S. Blau, M. Seip, A. Borchers, Hochstr. 43, 60313 Frankfurt/M., www.gastroenterologie-ffm.de

Dok.Typ CL	Dok.Referenznummer 12100000-0003	Rev.-Stand Rev 14	Erstellung / Überarbeitung C. Landmann	Inhaltliche / Fachliche Prüfung Dr. med. Moritz Hanig
QEP 1.2.1				

Anamnese Fragebogen

Veröffentlichung / Freigabe
Dr. med. Moritz Hanig

Fragebogen von Herr/Frau: Geb.Datum:

.....

Telefon (privat): (dienstlich): Mobiltelefon:

Beruf/ Arbeitgeber: Email-Adresse:

Versicherung: Hausarzt:

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

Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden streng vertraulich behandelt.

Herz-/ Kreislaufferkrankungen:		Infektiöse Erkrankungen:	
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	AIDS	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Herzklappenfehler/OP/ Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Hepatitis	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Koronare Herzkrankheit	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Tuberkulose	<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	Antibiotika	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Diabetes/Zuckerkrankheit	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Schmerzmittel	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Drogenabhängigkeit	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Soja	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Nierenerkrankungen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Nahrungsmittel	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Lebererkrankungen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Metalle	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Stoffwechselkrankheiten	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Latex	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Bauchoperationen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Sonstige:	
Sonstige Erkrankungen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Wenn ja, welche	
Besteht eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Wenn ja, welcher Monat?	
Gibt es Krebserkrankungen in der Familie?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Wenn ja, welche?	
Wurde bei Ihnen bereits eine Magen- oder Darmspiegelung durchgeführt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Wenn ja, wann/wo?.....	

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig bzw. zur Zeit? (Marcumar, ASS, Plavix, Iscover, Pille..??)			
Gab es Unverträglichkeitsreaktionen bei Operationen ?		Wenn ja, wann/wie/wo?	
Besteht/Bestand bei Ihnen eine Krebserkrankung? (Es besteht eine gesetzliche Meldepflicht aller Krebserkrankungen ab dem Jahr 2002 an das Krebsregister.)		Wenn ja, wann/wo?	
Körpergewicht in kg:		Körpergröße in cm:	
Ich leide unter:		Sonstige Beschwerden	
Schluckstörungen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Herz/Kreislauf	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Bauchschmerzen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Atemwege	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Blähungen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Bewegungsapparat	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Durchfällen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Schlafstörungen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Verstopfung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Schnarchen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Blutungen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Ohnmachtsanfälle	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Stuhlnunregelmäßigkeiten	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Appetitlosigkeit	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Gewichtsab-/zunahme	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Wenn ja, bitte Mengenangabe pro Tag:	
Trinken Sie Alkohol?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Wenn ja, bitte Mengenangabe pro Tag:	
Auslandaufenthalte	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Wenn ja: wo, besonders Tropenaufenthalte?	
Ich bin beschwerdefrei.	<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 der Beschwerden?			
Wodurch oder durch wen sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden(Kollegen/Freunde/Verwandte/Arzt)?			

Ich erkläre mich mit der elektronischen Speicherung und Bearbeitung meiner Daten sowie dem Berichtversand per Fax oder Brief an Hausarzt, weiterbehandelnden Arzt und Krankenhaus einverstanden.

Ich verpflichte mich, über alle Änderungen, die sich während der gesamten Behandlungszeit ergeben, umgehend Mitteilung zu machen. Zusätzlich verpflichte ich mich, vereinbarte Behandlungstermine einzuhalten bzw. mindestens 2 Tage vor dem vereinbarten Termin abzusagen.

Frankfurt, den Unterschrift: