

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 16	Erstellung / Überarbeitung 19.05.2022 C. Landmann	Inhaltliche / Fachliche Prüfung 24.05.2022 Dr. med. Moritz Hanig
QEP 1.2.1				

Anamnese Fragebogen

Veröffentlichung / Freigabe
24.05.2022 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-/ Kreislauferkrankungen:		Infektiöse Erkrankungen:	
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	HIV	<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
Stoffwechselerkrankungen	<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?.....	

