



Fragebogen für neue Patienten

Liebe Patientin, lieber Patient,
 wir möchten Sie in unserer internistisch-gastroenterologischen Praxis herzlich begrüßen!
 Sie wurden von Ihrem Hausarzt mit dem Ziel einer weiterführenden Diagnostik und Behandlung zu uns überwiesen. Hierzu ist Ihre Mitarbeit von großer Bedeutung. Bitte füllen Sie daher den folgenden Fragebogen aus. Wir benötigen auch eine Telefonnummer unter der jederzeit erreichbar sind, falls es z.B. zu Terminverschiebungen kommen sollte.

Calw, den:		Tel:		Handy:	
Name:					Ihre Unterschrift
Adresse					
Geb. Datum:		Körpergröße	cm	Gewicht	kg
Hausarzt:					

Ihre derzeitigen Beschwerden:	Ja	Nein	Freitext
Schmerzen (seit wann, wo, wie oft, wie stark)			
Husten			
Atemnot			
Auswurf (klar/eitrig/blutig)			
Brennen hinter Brustbein (od. Sodbrennen) (falls ja, wie oft am Tag / in der Woche)			
Aufstoßen (evtl. mit Volumen)			
Schlechter Appetit			
Gewichtsverlust (seit wann, wie viel)			
Gewichtszunahme (seit wann, wie viel)			
Leiden Sie an Verstopfung			
Durchfall (falls ja, wie oft am Tag)			
Blut im Stuhl			
Geräusche/Grummeln im Bauch - nach bestimmten Speisen (welche)			
Sonstige Beschwerden			
Frühere Untersuchungen?	Wann?	Ergebnis?	
Letzte Magenspiegelung			
Letzte Darmspiegelung			
Ultraschall, CT, MRT (Kernspin), sonstiges			



Vorausgegangene Operationen (vor allem Bauch) und wichtige Erkrankungen?	Wann?

Sind spezielle Risiken bekannt?	Ja	Nein	Welche / Beschreibung
Allergien (Medikamente, Antibiotika, Soja u.a.)			
Unverträglichkeiten?			
Blutverdünnende Behandlung? (Aspirin, ASS, Godamed, Tyclid, Iscover, Plavix, Marcumar, Xarelto, Pradaxa, Eliquis etc.)			
Diabetes mellitus?			
Schwere Lungenerkrankung?			
Schwere Herzerkrankung, Herzinfarkt?			
Besteht eine Schwangerschaft?			
Ist ein Glaukom (grüner Star) bekannt?			
Besteht eine Infektionserkrankung? (z.B. Hepatitis, HIV, Tuberkulose?)			
Komplikationen bei vorangegangenen Eingriffen / Operationen			
Sonstiges			

Bringen Sie bitte einen aktuellen Medikamentenplan mit oder füllen Sie die Liste aus						
Medikament	Dosis (g, mg,...)	morgens	mittags	abends	bei Bedarf	
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						

Alle ihre Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht! Informationen, die wir im Rahmen unserer Untersuchung oder Behandlung erheben, werden immer nur dem zuweisenden Arzt, dem mit behandelndem Arzt (z.B. Pathologen) bzw. dem Hausarzt mitgeteilt. Wenn sie auch dies nicht wünschen, weisen sie uns bitte ausdrücklich darauf hin! Wenn Sie möchten, dass wir ggf. eine Vertrauensperson über ihren Gesundheitszustand informieren, tragen sie bitte hier den Namen der Person ein:

.....

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Ihr Dr. Hahn / Dr. Iffland