Dr. med. Axel Hahn / Dr. med. Iffland
Fachärzte für Innere Medizin und Gastroenterologie
Hermann Hesse Platz 3 75365 Calw

Telefon 07051 – 790 25 0
Telefax 07051 – 790 25 29
gastroenterologie-calw@docpost.de

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		

Bitte wenden

Dr. med. Axel Hahn / Dr. med. Iffland
Fachärzte für Innere Medizin und Gastroenterologie
Hermann Hesse Platz 3 75365 Calw

Telefon 07051 – 790 25 0
Telefax 07051 – 790 25 29
gastroenterologie-calw@docpost.de

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**

Drucken

Bitte wenden

Speichern unter