



Fragebogen für neue Patienten

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 Sie jederzeit erreichbar sind, falls es z.B. zu Terminverschiebungen kommen sollte.

| | | | |
|-----------------------|---------------|---------------------|--------|
| Calw: | Tel: | Handy: | Email: |
| Name, Vorname: | | | |
| Adresse | | Versicherung | |
| Körpergröße (cm): | Gewicht (kg): | | |
| Hausarzt: | | Unterschrift | |

| Ihre derzeitigen Beschwerden: | Ja | Nein | Freitext |
|------------------------------------------------------------------------------------|-------------|-----------------|-----------------|
| Schmerzen (seit wann, wo, wie oft, wie stark) | | | |
| Husten | | | |
| Atemnot | | | |
| Auswurf (klar/eitrig/blutig) | | | |
| Brennen hinter Brustbein oder 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, 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? | | | |
| Besteht eine Infektionserkrankung? (z.B. Hepatitis, HIV, Tuberkulose?) | | | |
| Komplikationen? bei vorangegangenen Eingriffen / Operationen | | | |
| Raucher | | | |
| Ex-Raucher | | | |
| 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 | | | | | | |

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:**