



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

Calw, den: _____ **Tel:** _____ **Handy:** _____

Name: _____ **Unterschrift:** _____

Adresse: _____

Geb. Datum: _____ **Körpergröße (cm):** _____ **Gewicht (kg):** _____

Hausarzt: _____ **Versicherung:** _____

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 (Kernspin), sonstiges		



Fragebogen für neue Patienten

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:**