AUFNAHMEBOGEN

Name _____ Vorname _____

Adresse _____ Telefon _____

_____ Handy _____

Geb.-Datum _____ Email _____

Krankenkasse _____ ☐ privat ☐ Standard ☐ Basistarif ☐ gesetzlich

Hausarzt _____ Überweiser _____

Aktuelle Beschwerden:

☐ keine ☐ Vor-/Nachsorgeuntersuchung

Seit wann haben Sie Beschwerden: ☐ 1-7 Tage ☐ 2-4 Wochen ☐ 2-6 Monate

☐ **Afterschmerzen** ☐ gelegentlich ☐ dauernd ☐ nach dem Stuhlgang

☐ **Blutabgang** ☐ am Toilettenpapier ☐ auf dem Stuhl ☐ tropfend

☐ **Nässen im Afterbereich**

☐ **Juckreiz im Afterbereich**

☐ **Knoten / Vorfall am After** ☐ nach dem Pressen ☐ geht spontan zurück ☐ kann zurückgedrückt werden ☐ bleibt ständig

☐ **Stuhlentleerungsstörung** ☐ Häufigkeit ___mal / Tag bzw. ___mal / Woche ☐ Verstopfung ☐ Durchfall ☐ unvollständige Entleerung

☐ **Inkontinenz** ☐ für Windeln ☐ flüssigen Stuhl ☐ festen Stuhl

☐ **Bauchschmerzen** ☐ **Bauchkrämpfe** ☐ **Blähungen**

☐ **Magenschmerzen** ☐ **Sodbrennen** ☐ **Schluckstörung**

Seite 1 von 2 Seiten

letzte Magenspiegelung _____

letzte Darmspiegelung _____

letzte proktologische Untersuchung _____

Stuhlbluttest (z.B. Hämoccult, RIDASCREEN)
- ☐ nicht gemacht
- ☐ positiv
- ☐ negativ

Sonstiges:

_____

_____

_____

Krankengeschichte:

	Nein	Ja
Leiden Sie unter		
Herzerkrankungen (z.B. Herzinfarkt, Herzfehler, Herzmuskelentzündung)	☐	☐
Infektionskrankheiten (z.B. Hepatitis, AIDS)	☐	☐
Allergien (wenn ja, welche_____)	☐	☐
Nehmen Sie Medikamente zur Blutgerinnungshemmung ein? (z.B. Aspririn (ASS), Marcumar, Plavix, Xarelto)	☐	☐
Gibt es in Ihrer Familie Darmkrebserkrankungen?	☐	☐

Warum haben Sie unsere Praxis ausgewählt?

☐ Überweisung Haus-/Facharzt ☐ Empfehlung (z.B. Familie/Bekannte)

☐ Internetsuche (bitte Suchbegriff angeben)_____

☐ Jameda ☐ Sonstiges_____

Ich bestätige, vorherige Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht zu haben.
Ich erkläre mich damit einverstanden, dass meine Befunde an meine mitbehandelnden Ärzte weitergeleitet werden dürfen (Brief, Fax, Telefon, Email). Selbstverständlich kann ich diese Einverständniserklärung, auch in Teilen, jederzeit widerrufen.

München, den _____ Unterschrift _____

Seite 2 von 2 Seiten