

AUFAHMEBOGEN

Name _____

Vorname _____

Adresse _____

Telefon _____

Handy _____

Geb.-Datum _____

Email _____

Krankenkasse _____

 privat Standard Basistarif
 gesetzlich

Hausarzt _____

Überweiser _____

Aktuelle Beschwerden:

 keine Vor-/NachsorgeuntersuchungSeit 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 **Stuh lentleerungsstörung** Häufigkeit ____ mal / Tag bzw. ____ mal / Woche
 Verstopfung Durchfall unvollständige Entleerung **Inkontinenz** für Winde flüssigen Stuhl festen Stuhl **Bauchschmerzen** **Bauchkrämpfe** **Blähungen** **Magenschmerzen** **Sodbrennen** **Schluckstörung**

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. Aspirin (ASS), Marcumar, Plavix, Xarelto)

Gibt es in Ihrer Familie Darmkrebskrankungen?

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 _____

