



chirurgie



endoskopie



proktologie

PROF. DR. MED. WERNER KAUER

# 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**



chirurgie



endoskopie



proktologie

PROF. DR. MED. WERNER KAUER

letzte Magenspiegelung \_\_\_\_\_

letzte Darmspiegelung \_\_\_\_\_

letzte proktologische Untersuchung \_\_\_\_\_

Stuhlbluttest (z.B. Hämooccult, 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 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 \_\_\_\_\_