



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

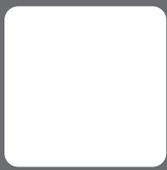
Inkontinenz für Windeln flüssigen Stuhl festen Stuhl

Bauchschmerzen **Bauchkrämpfe** **Blähungen**

Magenschmerzen **Sodbrennen** **Schluckstörung**



Seite 1 von 2 Seiten



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 _____