



chirurgie



endoskopie



proktologie

PROF. DR. MED. WERNER KAUER

AUFNAHMEBOGEN

Name _____ Vorname _____
 Adresse _____ Telefon _____
 PLZ, Ort _____ Handy _____
 Geb.-Datum _____ E-Mail _____
 Kranken-
 Kasse _____ privat Standard Basistarif
 gesetzlich
 Hausarzt _____ Überweiser _____

Aktuelle Beschwerden:

keine Vor- / Nachsorgeuntersuchung

Größe: _____ Gewicht: _____

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 Winde flüssigen Stuhl festen Stuhl

Bauchschmerzen Bauchkrämpfe Blähungen

Magenschmerzen Sodbrennen Schluckstörung

letzte Magenspiegelung _____

letzte Darmspiegelung _____

letzte proktologische Untersuchung _____



Stuhlbluttest (z.B. Hämoccult, iFOBT) nicht gemacht
positiv negativ

Sonstiges:

Krankengeschichte:

Leiden Sie unter:	Nein	Ja
Herzerkrankungen (z.B. Herzinfarkt, Herzfehler, Herzmuskelentzündung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infektionskrankheit (z.B. Hepatitis, HIV)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergien (wenn ja, welche _____)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nehmen Sie Medikamente zur Blutgerinnungshemmung ein? (z.B. Aspirin (ASS), Marcumar, Plavix, Xarelto)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gibt es in Ihrer Familie Darmkrebserkrankungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Warum haben Sie unsere Praxis ausgewählt?

Überweisung Haus-/Facharzt <input type="checkbox"/>	Empfehlung (z.B. Familie/Bekannte)	<input type="checkbox"/>
Internetsuche (bitte Suchbegriff angeben) _____		<input type="checkbox"/>
Jameda <input type="checkbox"/>	Sonstiges _____	<input type="checkbox"/>

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).

Ich bin mit der Speicherung und der Auslesung in der ePA (elektronische Patientenakte)

einverstanden: ja nein

Selbstverständlich kann ich diese Einverständniserklärung, auch in Teilen, jederzeit widerrufen.

München, den _____

Unterschrift _____