



chirurgie



endoskopie



proktologie

PROF. DR. MED. WERNER KAUER

ADMISSION FORM

Anmeldebogen

Surname _____
Name

First Name _____
Vorname

Address _____
Adresse

Telephone _____
Telefon

Zipcity _____

Mobile _____
Handy

Date of Birth _____
Geburtsdatum

Email _____
Email

Health insurance _____
Krankenversicherung

Private Standard Basic
statutory
privat, standard, basis, gesetzlich

Family doctor _____
Hausarzt

Referrer _____
Überweiser

Current complaints: Aktuelle Beschwerden:

None
keine

Pre- / aftercare check-up
Vor- / Nachsorgeuntersuchung

How long have you had complaints: 1-7 days 2-4 weeks 2-6 months
Wie lange haben sie Beschwerden?

Anal pain Afterschmerzen occasionally permanent after defecation
Gelegentlich dauerhaft nach dem Stuhlgang

Blood discharge Blutabgang on the toilet paper in the stool dripping
am Toilettenpapier auf dem Stuhl tropfend

Oozing in the anal area Nässen im Afterbereich

Itching in the anal area Juckreiz im Afterbereich

Lump / prolapse at the anus Knoten / Vorfall am After Nach dem Pressen geht spontan zurück
after pressing goes away spontaneously
Can be pushed back remains permanently
Kann zurückgedrückt werden bleibt ständig

Defecation disorder Stuhlentleerungsstörung frequency _____ times/day or _____ times/week
Häufigkeit pro Tag pro Woche
constipation diarrhoea incomplete emptying
Verstopfung Durchfall unvollständige Entleerung

Incontinence for gas liquid stool solid stool

Abdominal pain Bauchschmerzen Abdominal cramps Bauchkrämpfe Flatulence Blähungen

Stomach pain Magenschmerzen Heartburn Sodbrennen Dysphagia Schluckstörung

Last gastroscopy letzte Magenspiegelung _____



Last colonoscopy letzte Darmspiegelung _____

Last proctological examination letzte proktologische Untersuchung _____

Stool blood test (e.g. haemoccult, iFOBT) Stuhlbluttest not done
Positive negative

Other:

Medical history:

No Yes

Do you suffer from Leiden sie an

Heart diseases (e.g. heart attack, heart defect, heart muscle inflammation).

Herzerkrankungen

Infectious disease (e.g. hepatitis, HIV) Infektionskrankheit

Allergies (if yes, which ones _____) Allergien

Are you taking anti-coagulant medication? Medikamente zur Blutgerinnungshemmung

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

Do you have a family history of colorectal cancer? Gibt es in Ihrer Familie Darmkrebserkrankungen?

Why did you choose our practice? Wieso haben sie sich für unsere Praxis entschieden?

Referral from general practitioner/specialist Recommendation (e.g.

family/acquaintances) Überweisung Haus-/Facharzt, Empfehlung

Internet search (please specify search term) _____

Internet suche

Jameda Other _____

I confirm that I have provided the above information to the best of my knowledge and belief.

I agree that my findings may be forwarded to my attending physicians (letter, fax, telephone, email).

I agree to the storage and reading in the ePA (electronic patient file):

yes no

Of course, I can revoke this declaration of consent, even in part, at any time.

Munich, _____ Signature _____