



Medizinischer Fragebogen (Gastroenterologie)

Kontaktangaben	
Vorname	
Nachname	
Straße / Hausnummer	
PLZ / Ort	
Land	
Telefon	
Email	

Angaben zur Person		
Geschlecht	<input type="checkbox"/> Mann	<input type="checkbox"/> Frau
Geburtsdatum		
Größe		
Gewicht		

Medizinische Fragen	
Welchem operativen Eingriff möchten Sie sich unterziehen?	
Welchen Operationseingriffen haben Sie sich in der Vergangenheit unterzogen und in welchem Jahr?	
Hatten Sie in den letzten 6 Monaten eine Narkose (lokale Anästhesie, Vollnarkose), wenn ja wann?	
Gab es Komplikationen oder Nebenwirkungen bei einer Vollnarkose? Wenn ja welche?	
Gab es Komplikationen oder Nebenwirkungen bei einer lokalen Anästhesie? Wenn ja welche?	
Wie entwickeln sich ihre Narben nach einer Operation? (eine dünne Narbenlinie (gute Heilung), eine gefärbte Narbe (normaler Heilungsverlauf), eine hervortretende Verwucherung auf dem Narbengewebe, auf der Haut oder ein anderes Aussehen der Narbe. (Keloidbildung / Wundheilstörungen) - Bitte spezifizieren Sie	

Medizinische Fragen – Wenn Sie mit Ja antworten, erläutern Sie bitte dies

Wurden Sie früher oder werden Sie zurzeit wegen einer Herzerkrankung behandelt (Kurzatmigkeit, Schmerzen in der Brust, Schwellungen der Beine, einen Herzinfarkt, Herzrhythmus-störung)?	Ja	Nein	
Wurden Sie früher oder werden Sie zurzeit wegen Bluthochdruck behandelt?	Ja	Nein	
Leiden Sie an Asthma?	Ja	Nein	
Hatten Sie eine Lungentuberkulose oder Lungenentzündung? (wenn ja wann?)	Ja	Nein	
Wurden Sie früher oder werden zurzeit wegen Diabetes Mellitus (Diät, Tabletten, Insulin) behandelt?	Ja	Nein	
Werden Sie wegen Schilddrüsen-probleme behandelt?	Ja	Nein	
Haben Sie eine Behandlung für Nieren-erkrankungen (Infektionen, Nephrolithen – Nierensteine) durchgemacht?	Ja	Nein	
Leiden Sie unter Prostata-Problemen?	Ja	Nein	
Hatten Sie eine Behandlung für Leber-erkrankungen (Hepatitis, Mononukleose)?	Ja	Nein	
Leiden Sie unter Magen- oder Zwölffingerdarmgeschwüren?	Ja	Nein	
Leiden Sie an Krampfadern, Venen-entzündungen (Thrombose, Embolien)?	Ja	Nein	
Leiden Sie an einer neurologischen Erkrankung (Epilepsie, Muskelschwäche, Kopfschmerzen, Lähmungen von Nerven, Zustand nach dem Schlaganfall, Borreliose oder Operation der Bandscheiben)?	Ja	Nein	
Haben Sie Probleme mit Schlafen?	Ja	Nein	
Stehen Sie zur Zeit unter Stress?	Ja	Nein	
Werden Sie gegen Glaukom behandelt?	Ja	Nein	
Hatten Sie jemals eine verlängerte Blutung (nach einer Zahnextraktion, Nasenbluten, nach Verletzung)?	Ja	Nein	
Erhielten Sie jemals eine Blut-transfusion?	Ja	Nein	

Medizinische Fragen – Wenn Sie mit Ja antworten, erläutern Sie bitte dies

Haben Sie jemals ein Screening für Krebserkrankungen durch-gemacht? <i>Männer:</i> Prostata-Screening, Darmkrebs <i>Frauen:</i> Brust-Screening, Gebärmutter-mundkrebs mit Abstrich, Darmkrebs	Ja	Nein	
Haben Sie jemals eine Onkologie-behandlung durchgemacht?	Ja	Nein	
Haben Sie im letzten Jahr an Gewicht verloren? (Wenn ja, wie viel?)	Ja	Nein	
Haben Sie Bestrahlungsbehandlungen durchgemacht? Ja Nein Hatte jemand von in Ihrem Familienumfeld Komplikationen während oder nach einer Operation (z.B. unerklärlicher Tod)?	Ja	Nein	
Spüren Sie nach dem Kaffee-trinken Taubheitsgefühle rings um den Mund?	Ja	Nein	
Haben Sie lockere Zähne, einen abnehmbaren Zahnersatz oder Zahnbrücken?	Ja	Nein	

Medizinische Fragen – Wenn Sie mit Ja antworten, erläutern Sie bitte dies

Rauchen Sie, trinken Sie Alkohol oder haben Sie irgendwelche anderen relevanten Gewohnheiten (z.B. nehmen Sie Schlaftabletten)?	Ja	Nein	
Wenn Sie gegenwärtig rauchen, wie viele Zigaretten rauchen Sie pro Tag?	___ Zigaretten pro Tag		
Falls Sie mit Rauchen aufgehört haben - wann haben Sie aufgehört? (führen Sie Monat, Jahr oder beides an)			
Wenn Sie Alkohol trinken, wie viele Einheiten trinken Sie pro Woche? (eine Einheit = ein halber Liter Bier oder ein kleines Weinglas, ein Schnapsglas)	___ Einheiten Bier pro Woche ___ Einheiten Wein pro Woche ___ Einheiten Alkohol pro Woche		

Medizinische Fragen – Wenn Sie mit Ja antworten, erläutern Sie bitte dies

Sind Sie schwanger oder versuchen Sie schwanger zu werden?	Ja	Nein	
Anzahl der vorherigen Geburten. Kaiserschnitt (Anzahl und Jahr):			
Anzahl der vorherigen Geburten. Kaiserschnitt (Anzahl und Jahr):			
Haben Sie schon hormonelle Medikamente eingenommen (Prednison, Triamcinolon, Cortison)?	Ja	Nein	
Nehmen Sie Antikonzeptions-medikamente ein?	Ja	Nein	

Medizinische Fragen – Wenn Sie mit Ja antworten, erläutern Sie bitte dies		
Sind Sie Vegetarier?	Ja	Nein
Wie viel Obst essen Sie täglich?	___ kg	
Wie viel Gemüse essen Sie täglich?	___ kg	
Wie oft essen Sie wöchentlich Fisch?		
Wie oft essen Sie wöchentlich rotes Fleisch (Rind-, Lamm-, Schweinefleisch)?		
Wie viele Gläser (250ml) Wasser trinken Sie täglich?		
Treiben Sie regelmäßig Sport?	Ja	Nein

Medizinische Fragen – Wenn Sie mit Ja antworten, erläutern Sie bitte dies			
Sind Sie gegen etwas allergisch?	Ja	Nein	
Haben Sie eine Nahrungsmittelallergie?	Ja	Nein	
Haben Sie unbehandelte medizinische Probleme?	Ja	Nein	
Welche Art von Medikamenten verwenden Sie zurzeit?	Ja	Nein	
Für Gewichtsverlustbehandlung:	Ja	Nein	
Besuchen Sie einen Psychologen und / oder Psychiater?	Ja	Nein	
Hospitalisierung in einer psychiatrischen Klinik:	Ja	Nein	
Psychiatrische Medikationen: (Wann, wie lange, aus welchem Grund und welche Art von Psychopharmaka?)	Ja	Nein	

Ich habe alle Fragen beantwortet und verstanden.

Name in Druckschrift:

Patientenunterschrift:
