

Liebe Patientin, lieber Patient,

um das persönliche Arztgespräch zu erleichtern, bitten wir Sie, die folgenden Fragen – soweit möglich – zu beantworten.
Vielen Dank!

..... Krankenkasse bzw. Krankenversicherung		stationäre Zusatzversicherung:	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
..... Name des Hauptversicherten	 Vorname Geburtsdatum	
..... Name des Mitversicherten	 Vorname Geburtsdatum	
..... Straße Hausnummer PLZ Ort	
..... Vorwahl / Telefonnummer privat	 Vorwahl / Telefonnummer am Arbeitsplatz		
..... Beruf	 Name des überweisenden Arztes, Ort		

Haben Sie zurzeit Enddarmbeschwerden?

nein
 seit Tagen
 seit Wochen
 seit Jahren

Leiden Sie unter Schmerzen?

nein
 bei oder nach dem Stuhlgang
 andauernd
 in Form von ständigem Druck- oder Fremdkörpergefühl

Haben Sie Blutspuren festgestellt?

nein
 am Toilettenpapier
 dem Stuhl aufgelagert
 an der Unterwäsche
 helles Blut oder dunkles Blut

Spüren Sie

keine Symptome Brennen
 Nässen
 Juckreiz

JA NEIN

Haben Sie Knoten am After ertastet?

JA NEIN

Wie oft haben Sie Stuhlgang?

..... mal am Tag
 oder mal pro Woche

Der Stuhl ist

geformt
 zu fest
 zu weich
 häufig wechselnd

JA NEIN

Ist die Stuhlentleerung schwierig?

JA NEIN

Nehmen Sie Abführmittel?

Welche?

Seit wann?

Haben Sie ungewollten Abgang von

Winden
 Stuhl
 nein, keine Kontinenzprobleme

Wurden Sie bereits am Dickdarm untersucht?

nein
 Austastung mit Finger
 Darmspiegelung
 Dickdarm-Röntgen

JA NEIN

Gibt es in Ihrer Verwandtschaft Darmkrebs?

JA NEIN

Wurden Sie bereits am Enddarm behandelt?

nein
 Verödung
 Infrarotbehandlung
 Gummibandligatur
 Operation

JA NEIN

Benutzen Sie bereits Zäpfchen oder Salben?

Welche?

Wurden Sie bereits im Bauch operiert?

nein
 Dick-/Dünndarmoperation
 Gebärmutterentfernung
 sonstige

Wie viele Geburten hatten Sie?

Spontangeburt Sectio

Dammschnitt Dammriss

JA NEIN

Sind Sie schwanger? Stillen Sie?

JA NEIN

Haben Sie Bauchschmerzen?

JA NEIN

Leiden Sie unter einer sonst. Allgemeinerkrankung?

Welche?

.....

JA NEIN

Haben Sie in letzter Zeit Gewicht verloren?

JA NEIN

JA NEIN

Haben Sie eine der folgenden infektiösen Erkrankungen?

HIV-Infektion/AIDS-Erkrankung JA NEIN

Hepatitis JA NEIN

sonstige JA NEIN

JA NEIN

Sind Sie gegen bestimmte Medikamente allergisch?

Gegen welche?

.....

JA NEIN

Nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente wie Marcumar, ASS, Aspirin?

JA NEIN

Die blaue Patienteninformation habe ich erhalten und gelesen. Ich habe hierzu keine Fragen.

Datum:

Unterschrift: