

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	
Vorname, Name des Hauptversicherten:		Geburtsdatum:	
Vorname, Name des Mitversicherten:		Geburtsdatum:	
Straße:		PLZ:	
Hausnummer:		Ort:	
Vorwahl / Telefonnummer privat:		Vorwahl / Telefonnummer am Arbeitsplatz:	
Beruf:		Name des überweisenden Arztes, Ort:	

Seit wann haben Sie Beschwerden?

seit Tagen seit Monaten
 seit Wochen seit Jahren

Haben Sie ungewollten Abgang von

Luft Stuhl
 nein, keine Kontinenzprobleme

Sind Sie schwanger? Stillen Sie?

Ja Nein

Leiden Sie unter Schmerzen im After?

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

Wurden Sie bereits am Dickdarm untersucht?

nein
 Austastung mit Finger
 Darmspiegelung wann:

Leiden Sie unter einer Allgemeinerkrankung?

Ja Nein

Welche:

Haben Sie Bauchschmerzen? Ja Nein

Gibt es in Ihrer Verwandtschaft Darmkrebs? Ja Nein

Haben Sie in letzter Zeit Gewicht verloren? Ja Nein

Haben Sie Blutspuren festgestellt?

nein
 am Toilettenpapier
 dem Stuhl aufgelagert
 in der Toilette

Es handelt sich dabei um

helles Blut dunkles Blut

Wurden Sie bereits am Enddarm behandelt?

nein
 Verödung
 Gummibandligatur
 Operation

Haben Sie eine der folgenden infektiösen Erkrankungen?

HIV-Infektion/AIDS-Erkrankung Ja Nein
Hepatitis Ja Nein
sonstige Ja Nein

Spüren Sie

Brennen Juckreiz
 Nässen Knoten

Benutzen Sie bereits Zäpfchen oder Salben? Ja Nein

Welche:

Sind Allergien oder Unverträglichkeiten bekannt? Ja Nein

Welche:

Wie oft haben Sie Stuhlgang?

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

Wurden Sie bereits am Bauch operiert?

nein
 Dick-/Dünndarmoperation
 Entfernung der Gebärmutter
 Entfernung des Blinddarms
 sonstige:

Nehmen Sie regelmäßig gerinnungshemmende Medikamente wie Marcumar, ASS, Aspirin etc.? Ja Nein

Der Stuhlgang ist

geformt
 zu fest
 zu weich
 häufig wechselnd

Wie viele Geburten hatten Sie?

davon:

spontan: Kaiserschnitt:

Dammsriss: Dammschnitt:

Sind Sie Träger eines Herzschrittmachers oder eines Defibrillators? Ja Nein

Ist die Stuhlentleerung schwierig? Ja Nein

Nehmen Sie Abführmittel? Ja Nein

Welche:

Seit wann:

Wie groß sind Sie? cm

Wie viel wiegen Sie? kg

Die blaue Patienteninformation habe ich erhalten und gelesen. Ich habe hierzu keine weiteren Fragen. Ich wünsche einen/keinen Befundbericht für meinen überweisenden Arzt.

..... Datum

..... Unterschrift