

**Liebe Patientin, lieber Patient,**

um allen gesetzlichen Anforderungen nachzukommen und unseren Praxisalltag zu erleichtern, bitten wir Sie, die folgenden Angaben zu machen. **Vielen Dank!**

..... stationäre Zusatzversicherung:  Ja  Nein

Krankenkasse bzw. Krankenversicherung

..... Geburtsdatum

Vorname, Name des Hauptversicherten

..... Geburtsdatum

Vorname, Name des Mitversicherten

.....

Straße Hausnummer PLZ Ort

.....

Vorwahl Telefonnummer Mobilnummer Beruf

.....

e-Mail-Adresse Name des überweisenden Arztes, Ort

**Seit wann haben Sie Beschwerden?**

seit Tagen  seit Monaten

seit Wochen  seit Jahren

**Leiden Sie unter Schmerzen im After?**

nein

bei oder nach dem Stuhlgang

andauernd

in Form von ständigem Druck- oder Fremdkörpergefühl

**Haben Sie Bauchschmerzen?**  Ja  Nein

**Haben Sie Blutspuren festgestellt?**

nein

am Toilettenpapier

dem Stuhl aufgelagert

in der Toilette

**Spüren Sie**

Brennen  Juckreiz

Nässen  Knoten

**Wie oft haben Sie Stuhlgang?**

..... mal am Tag

oder ..... pro Woche

**Der Stuhlgang ist**

geformt  zu fest

zu weich  häufig wechselnd

**Ist die Stuhlentleerung schwierig?**  Ja  Nein

**Nehmen Sie Abführmittel?**  Ja  Nein

Welche: .....

Seit wann: .....

**Haben Sie ungewollten Abgang von**

Luft  Stuhl

nein, keine Kontinenzprobleme

**Wurden Sie bereits am Dickdarm untersucht?**  Ja  Nein

**Gibt es in Ihrer Verwandtschaft Darmkrebs?**  Ja  Nein

**Wurden Sie bereits am Darmausgang behandelt?**

nein  Gummibandligatur

Verödung  Operation

**Wurden Sie bereits am Bauch operiert?**

nein

Dick-/Dünndarmoperation

Entfernung der Gebärmutter

Entfernung des Blinddarms

sonstige: .....

**Wie viele Geburten hatten Sie?**

Anzahl: ..... davon:

spontan: ..... Kaiserschnitt: .....

Dammriss: ..... Dammschnitt: .....

**Sind Sie schwanger? Stillen Sie?**  Ja  Nein

**Die Patienteninformation zum Datenschutz habe ich zur Kenntnis genommen. Den blauen Informationszettel habe ich erhalten und gelesen. Ich habe keine weiteren Fragen.**

**Ich wünsche  einen /  keinen Befundbericht für meinen überweisenden Arzt.**

..... Datum

..... Unterschrift

**Leiden Sie unter einer Allgemeinerkrankung?**  Ja  Nein

**Sind Allergien oder Unverträglichkeiten bekannt?**  Ja  Nein

Welche: .....

.....

**Haben Sie eine der folgenden infektiösen Erkrankungen?**  Ja  Nein

HIV-Infektion

Hepatitis

sonstige

**Sind Sie Träger eines Herzschrittmachers oder eines Defibrillators?**  Ja  Nein

**Nehmen Sie dauerhaft Medikamente ein?**  Ja  Nein

**Nehmen Sie regelmäßig gerinnungshemmende Medikamente wie z. B. Marcumar, ASS, Eliquis®, Xarelto® etc.?**  Ja  Nein

**Wie groß sind Sie?** ..... cm

**Wie viel wiegen Sie?** ..... kg

**Haben Sie in letzter Zeit Gewicht verloren?**  Ja  Nein