

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

für unsere Diagnostik und Behandlung bitten wir vorab um folgende Angaben



_____ Name	_____ Krankenkasse
_____ Vorname	_____ Private Zusatzversicherung
_____ Geburtsdatum	_____ Telefon
_____ Postleitzahl / Wohnort	_____ Handy
_____ Straße / Haus-Nr.	_____ E-Mail

Datenschutz/ Befundanforderung

Ich habe die Information zur Datenschutz- Grundverordnung (DSGVO) zur Kenntnis genommen (ein Exemplar liegt im Wartezimmer aus).

Ich erkläre mich einverstanden, dass das Magen-Darm-Zentrum, mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde bei meinen anderen behandelnden Ärzten zum Zweck der weiteren Behandlung anfordert.

_____ Datum, Ort	_____ Unterschrift
---------------------	-----------------------

_____ Ausgeübter Beruf	_____ Größe
---------------------------	----------------

_____ Hausarzt	_____ Gewicht
-------------------	------------------

Welche Beschwerden haben Sie zur Zeit?

.....
.....

Wurde früher schon einmal eine endoskopische Untersuchung durchgeführt?

.....

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein, welche?	Dosierung:
.....
.....
.....

Bestehen oder bestanden bei Ihnen chronische Erkrankungen, z.B. Chronisch entzündliche Darmerkrankung, Schlafapnoe, Krebserkrankungen, Lebererkrankungen, etc.

.....
.....
.....

Traten in Ihrer Familie Magenkrebs, Darmkrebs oder andere Tumorerkrankungen auf?

.....
.....

bitte wenden

Atemwege und Lunge	Ja	Nein
Leiden Sie an Asthma?		
Herz und Kreislauf		
Leiden Sie an einem Herzfehler?		
Hatten Sie einen Herzinfarkt?		
Besteht bei Ihnen ein erhöhter Blutdruck?		
Leiden Sie an Herzschwäche?		
Wurde bei Ihnen ein Herzschrittmacher/Defibrillator implantiert?		
Magen und Darm		
Hatten Sie ein Magen-/Zwölffingerdarmgeschwür?		
Hatten Sie eine Leberentzündung?		
Hatten Sie Gelbsucht?		
Besteht oder bestand bei Ihnen eine Hepatitis? A B C D E		
Sind bei Ihnen Gallensteine bekannt?		
Hatten Sie eine Bauchspeicheldrüsenentzündung?		
Stoffwechsel / Nieren		
Besteht bei Ihnen ein Diabetes (Zuckerkrankheit)?		
Besteht bei Ihnen eine Schilddrüsenüber-/unterfunktion?		
Besteht bei Ihnen eine Fettstoffwechselstörung?		
Besteht bei Ihnen eine Nierenerkrankung?		
Nerven und Gemüt		
Leiden Sie an Depressionen?		
Hatten Sie epileptische Krampfanfälle?		
Skelett / Rheuma / Blut		
Besteht bei Ihnen eine Bandscheibenerkrankung?		
Besteht bei Ihnen eine Osteoporose?		
Wurden bei Ihnen künstliche Gelenke implantiert?		
Besteht bei Ihnen eine Rheumaerkrankung?		
Besteht bei Ihnen eine Immunologische Erkrankung?		
Leiden Sie an Blutarmut?		
Wurde Ihnen vor 1990 Blut übertragen?		
Allergien, Überempfindlichkeiten / Sonstiges		
Ist bei Ihnen eine Nahrungsmittelunverträglichkeit bekannt?		
Besteht bei Ihnen eine Soja- oder Erdnuss-Allergie?		
Bestehen bei Ihnen Medikamentenunverträglichkeiten?		
Reagieren Sie allergisch auf Pflaster-/Gummihandschuhe?		
Rauchen Sie?		
Wie viel Alkohol trinken Sie?		
Haben Sie ein Glaukom (erhöhter Augeninnendruck / grüner Star)?		
Veränderung von: Appetit Durst Stuhlgang Wasser lassen Gewicht		

Erstellt 13.11.2018 CP Freigabe: Dr. Frick / Dr. Heil / Dr. Niedenthal

Vielen Dank für Ihre Angaben Ihr mdz-Praxisteam