

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

für unsere Diagnostik und Behandlung bitten wir vorab um folgende Angaben



Name	Telefon /Handy	
Vorname	E-Mail	
Geburtsdatum	Krankenkasse	
Straße / Haus-Nr.		
Postleitzahl / Wohnort	ausgeübter Beruf	
Hausarzt	Größe	Gewicht

Datenschutz

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

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

Welche Beschwerden haben Sie zur Zeit?

Wurde früher schon einmal eine Magen- oder Darmspiegelung durchgeführt? Wenn ja, wann und wo?

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig?

Dosierung:

<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
-------------------------	-------------------------

Traten in Ihrer Familie Magen-, Darmkrebs oder andere Tumorerkrankungen auf? Wenn ja, bei wem und welche (soweit bekannt)?

Besteht bei Ihnen eine der folgenden Erkrankungen?
Bitte ankreuzen

Atemwege und Lunge	Ja	Nein
Leiden Sie an Asthma?		
Leiden Sie an COPD?		
Haben Sie eine Schlafapnoe?		

Herz und Kreislauf	Ja	Nein
Leiden Sie an einem Herzfehler?		
Hatten Sie einen Herzinfarkt mit Stents in den Herzkranzgefäßen?		
Haben Sie Bluthochdruck?		
Ist eine Herzschwäche bekannt?		
Haben Sie einen implantierten Herzschrittmacher oder Defibrillator?		

Voreroperationen	Ja	Nein
Hatten Sie Operationen an Bauchorganen/gynäkologischen Organen? Wenn ja, welche?		
Haben Sie künstliche Gelenke implantiert? Wenn ja, welche?		
Besteht bei Ihnen ein Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit)?		
Wenn ja, mit Insulintherapie?		
Bestehen chronische Infektionskrankheiten (z. B. Hepatitis/HIV)? Wenn ja, welche?		

Nerven und Gemüt	Ja	Nein
Leiden Sie an Depressionen?		
Leiden Sie an epileptischen Krampfanfällen?		

Allergien / Überempfindlichkeit / Sonstiges	Ja	Nein
Haben Sie Medikamenten- Überempfindlichkeiten/-Allergien ? Wenn ja: welche?		
bei Frauen: könnten Sie aktuell schwanger sein?		
Haben Sie lockere Zähne/eine Zahnprothese? Wenn ja: welche?		

Sonstiges	Ja	Nein
Haben Sie ein Glaukom (erhöhter Augeninnendruck /„grüner Star“)?		
Besteht eine Blutungsneigung (verlängerte Blutung/ungewöhnliche Blutungen)?		
Konsumieren Sie täglich Alkohol? Wenn ja: wieviel?		
Rauchen Sie?		

VOM ARZT AUSZUFÜLLEN:
ASA 1
ASA 2
ASA 3
ASA 4