

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:

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

Weiter zu Seite 2 >>

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?		

Voroperationen	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
