

## ANAMNESEBOGEN ENDOSKOPIE

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

wir freuen uns sehr, Sie in unserer Praxis begrüßen zu dürfen.

Um Ihren Besuch optimal zu gestalten, benötigen wir Ihre Mithilfe. Wir bitten Sie, diesen Bogen gewissenhaft auszufüllen, damit wir möglichen Risiken vorbeugen können.

Alle Angaben unterliegen der Schweigepflicht des Arztes und seiner Mitarbeiter.

Ihr Praxis Team vom Zentrum für Gastroenterologie und der ZfG MVZ GmbH

### PERSÖNLICHE ANGABEN

Name Vorname Geburtsdatum

Straße PLZ, Ort

Telefon Festnetz Telefon Mobil E-Mail

Größe Gewicht Krankenkasse

Arbeitgeber Beruf/Tätigkeit

Hausarzt Überweisender Arzt

Bitte nennen Sie Ihre aktuellen Beschwerden oder den Grund für eine Behandlung in unserer Praxis:

#### Magen-Darm-Erkrankungen

Bauchschmerzen | seit: \_\_\_\_\_

Verstopfung | seit: \_\_\_\_\_

Blähungen | seit: \_\_\_\_\_

Durchfall (> 3 x tgl.) | seit: \_\_\_\_\_

Sodbrennen | seit: \_\_\_\_\_

Darmblutungen | seit: \_\_\_\_\_

Gewichtsverlust | seit: \_\_\_\_\_

sonstige: \_\_\_\_\_

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Morbus Crohn                   | <input type="checkbox"/> Darmkrebs                  | <input type="checkbox"/> Colitis ulcerosa         |
| <input type="checkbox"/> Darmpolypen                    | <input type="checkbox"/> Refluxkrankheit/Sodbrennen | <input type="checkbox"/> Magengeschwüre/Gastritis |
| <input type="checkbox"/> Nahrungsmittel Intol.: _____   |   | <input type="checkbox"/> Helicobacterbehandlungen |
| <input type="checkbox"/> Voroperationen/sonstige: _____ |   | <input type="checkbox"/> perianale Blutung(en)    |

#### Leber-/Gallenkrankheiten

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Leberwerterhöhung | <input type="checkbox"/> chronische Hepatitis | <input type="checkbox"/> Hepatitis A/B/C |
| <input type="checkbox"/> Fettleber         | <input type="checkbox"/> Gallensteine         | <input type="checkbox"/> Leberzirrhose   |
| <input type="checkbox"/> sonstige: _____   |   |  |

#### Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit)

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus Typ I | <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus Typ II | <input type="checkbox"/> insulinpflichtig |
|--|---|---|

#### Lungenerkrankungen

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Asthma bronchiale | <input type="checkbox"/> Chronische Bronchitis | <input type="checkbox"/> sonstige: _____ |
|--|--|--|

#### Herzerkrankung/erhöhter Blutdruck

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Koronare Herzkrankheit             | <input type="checkbox"/> erhöhter Blutdruck | <input type="checkbox"/> Herzschwäche/-insuffizienz |
| <input type="checkbox"/> Vorhofflimmern                     | <input type="checkbox"/> Herzinfarkt        | <input type="checkbox"/> Herzschrittmacher          |
| <input type="checkbox"/> Herzklappenersatz   welcher: _____ |   |   |
| <input type="checkbox"/> sonstige: _____                    |   |   |

#### Nierenerkrankung

- |   |                                       |  |
|---|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Niereninsuffizienz | <input type="checkbox"/> Nierensteine | <input type="checkbox"/> sonstige: _____ |
|---|---------------------------------------|--|

#### Sonstige

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Ohnmachtsanfälle   | <input type="checkbox"/> Leukämie/Lymphome | <input type="checkbox"/> Infektionskrankheiten<br>(z.B. HIV, Hep. B/C, Tbc) |
| <input type="checkbox"/> Künstliche Gelenke   welche: _____                           |  | <input type="checkbox"/> Epilepsie  |
| <input type="checkbox"/> Fam. Tumorerkrankungen bekannt? _____<br>(insbes. Darmkrebs) |  | <input type="checkbox"/> sonstige: _____                                    |

**Nehmen Sie eines der folgenden Medikamente ein? (wenn ja, bitte ankreuzen)**

- Marcumar    Xarelto    Lixiana    ASS    Plavix    Sintrom    Brilique  
 Phenpro    Pradaxa    Efient    Aspirin    Iscover    Eliquis    Clopidogrel  
 Ich nehme keine der o. g. Medikamente oder andere Gerinnungshemmer

**Bestehen allergische Reaktionen, Unverträglichkeiten von Medikamenten oder Spritzen**

welche: \_\_\_\_\_

**Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? (ggf. auch Rückseite nutzen)**

welche und wann: \_\_\_\_\_

- |   | ja                       | nein                     |                         |                        |
|---|--------------------------|--------------------------|-------------------------|------------------------|
| Besteht eine Soja- o. Erdnuss-Allergie? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                         |                        |
| Besteht derzeit eine Schwangerschaft?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | wenn ja, Geburtstermin: | _____                  |
| Rauchen Sie?                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | wenn ja, wieviel:       | _____ /Tag seit: _____ |
| Trinken Sie regelmäßig Alkohol?         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | wenn ja, wieviel:       | _____ /Tag seit: _____ |
| Nehmen Sie Drogen?                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | wenn ja, welche:        | _____                  |

**Erhebung der Blutungsanamnese**

Ist bei Ihnen jemals eine Gerinnungsstörung festgestellt worden?

Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

**Beobachten Sie folgende Blutungsarten, auch ohne Grund?**

- |  | ja                       | nein                     |
|--|--------------------------|--------------------------|
| • Nasenbluten (ohne erkennbare Ursache)                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Ist eine Thrombozytopenie bekannt?                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Gelenkblutungen/Blutungen in Weichteile oder Muskeln         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Beobachten Sie eine stark verzögerte Heilung von Wunden      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Beobachten Sie bei Wunden ein längeres Nachbluten            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Trat ein längeres/verstärktes Nachbluten beim Zahnziehen auf | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Trat eine verstärkte Blutung während oder nach einer OP auf  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Gab/Gibt es in Ihrer Familie Fälle von Blutungsneigung       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Punktförmige Blutungen                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?**

- Stammpatient seit Jahren    Telefonbuch / Gelbe Seiten    Im Vorbeigehen  
 Suchmaschine    Flyer    Radio  
 Webseite    Jameda    Empfehlung / sonstiges: \_\_\_\_\_  
 Facebook / Instagram    Örtl. Mitteilungsblatt   \_\_\_\_\_

Ich bin damit einverstanden, dass das MVZ Dr. Renard & Kollegen, die ZfG MVZ GmbH und ZfA MVZ GmbH mich über anstehende Untersuchungen, Vorsorgeuntersuchungen, Behandlungen oder über wichtige ärztliche Befunde informiert. (ggf. streichen)  
Mir ist bekannt, dass ich meine Zustimmung jederzeit widerrufen kann.

Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift Patient/-in  
www.zentrum-fuer-gastroenterologie.de