

**1. Allgemeine Daten:**

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geb.-Datum: \_\_\_\_\_ Größe, Gewicht: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Mobiltelefon: \_\_\_\_\_ Festnetz: \_\_\_\_\_

Hausarzt: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_  gesetzlich  privat

**2. Grund des Praxisbesuchs:**

Beschwerden  Vorsorge  Kontrolle

Kurze Beschreibung der Beschwerden:

---

---

---

**3. Hatten Sie früher endoskopische Untersuchungen?**

Gastroskopie (Magenspiegelung)

nein  ja ; wann: \_\_\_\_\_

Coloskopie (Darmspiegelung)

nein  ja ; wann: \_\_\_\_\_

**4. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein??**

(Insbesondere gerinnungshemmende Medikamente wie ASS, Clopidogrel/Plavix, Marcumar, Xarelto, Eliquis, Pradaxa ; Schmerzmittel oder Zuckertabletten/Insulin?)

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

# Patientenaufnahmebogen



## 5. Sind bei Ihnen ansteckende Erkrankungen bekannt?

O nein       O ja ; welche?       O Hepatitis       O HIV       O Sonstige

## 6. Sind bei Ihnen Blutgerinnungsstörungen bekannt?

(Neigung zu blauen Flecken, Nachblutungen nach medizinischen Eingriffen)?

O nein       O ja ; welche: \_\_\_\_\_

## 7. Sind bei Ihnen Erkrankungen im Magen-Darm-Trakt bekannt?

Speiseröhre:

O nein       O ja ; welche: \_\_\_\_\_

Magen:

O nein       O ja ; welche: \_\_\_\_\_

Dünn / Dickdarm:

O nein       O ja ; welche: \_\_\_\_\_

Galle / Leber/Bauchspeicheldrüse:

O nein       O ja ; welche: \_\_\_\_\_

Voroperationen am Bauch:

O nein       O ja ; welche: \_\_\_\_\_

Familiäre Belastung mit Magen-Darm-Krebs:

O nein       O ja ; welche: \_\_\_\_\_

## 8. Sind bei Ihnen Erkrankungen der inneren Organe bekannt?

Herz-Kreislauf:

O nein       O ja ; welche: \_\_\_\_\_

O Defibrillator       O Schrittmacher

Lunge:

O nein       O ja ; welche: \_\_\_\_\_

Stoffwechsel:

O nein       O ja ; welche: \_\_\_\_\_

Niere/Blase:

O nein       O ja ; welche: \_\_\_\_\_

Bösartige Vorerkrankungen:

O nein       O ja ; welche: \_\_\_\_\_

Allergien:

O nein       O ja ; welche: \_\_\_\_\_

Sonstiges

O nein       O ja ; welche: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift Patient/in: \_\_\_\_\_