

Sehr geehrter Patient, sehr geehrte Patientin,

wir möchten Sie bitten, diesen Fragebogen zu Ihrer Krankengeschichte möglichst genau zu beantworten. Sie helfen uns damit, Informationen über relevante Vorerkrankungen oder Risiken zu erfahren und damit auch bei Ihrer Behandlung zu berücksichtigen.

So können wir eine optimale Versorgung für Sie in unserer Praxis ermöglichen. Selbstverständlich müssen Sie nur die Fragen beantworten, die auf Ihre persönliche Situation passen. Alles andere lassen Sie bitte aus oder streichen es.

**BITTE BRINGEN SIE BEI IHREM BESUCH WICHTIGE BEFUNDE, MEDIKAMENTENPLÄNE UND IHREN IMPFPASS MIT!**

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

Größe: \_\_\_\_\_ Gewicht: \_\_\_\_\_ Beruf: \_\_\_\_\_

Hausarzt: \_\_\_\_\_ weitere Fachärzte: \_\_\_\_\_

Rauchen Sie?    Nein             Ja  wieviele ca/ Tag? \_\_\_\_\_

Trinken Sie Alkohol?    Ja, regelmäßig     Ja, gelegentlich             Nein/Nie

Haben Sie Allergien?    Nein             Ja  \_\_\_\_\_ welche?

**Fragen zu Magen-Darm-Erkrankungen:**

Unverträglichkeiten gegen Nahrungsmittel \_\_\_\_\_

Blähungen vermehrt:    Ja     Nein

Schmerzen im Abdomen:    Ja     Nein

Stuhlgang:    normal     weich             flüssig             blutig

Stuhlfrequenz \_\_\_\_\_ x mal pro Tag



**Wurden schon mal Polypen bei einer Darmspiegelung entfernt:** Ja  Nein

**Haben oder hatten Sie schon einmal (bitte ankreuzen):**

Bluthochdruck  Herz-Kreislauf-Erkrankungen  Diabetes/Zuckerkrankheit

Thrombose/Lungenembolie  Schlaganfall  Nierenfunktionsstörungen

Schilddrüsenerkrankungen  Migräne  Lebererkrankungen

Magen-Darm-Erkrankungen  psychische Erkrankungen/Depression

Krebs  \_\_\_\_\_ Herzinfarkt  Autoimmunkrankheiten

Schlafapnoe  \_\_\_\_\_ Keine Erkrankung

**Schnarchen Sie:** Ja  Nein

**Gibt es in Ihrer Verwandtschaft (1. und 2. Grades) folgende Erkrankungen:**

Diabetes  Schlaganfall  Thrombosen/Embolien  Herzinfarkt

Autoimmunkrankheiten/Erbkrankheiten  Gerinnungsstörungen

Krebs  (Krebsart, welches Familienmitglied und in welchem Alter aufgetreten)

\_\_\_\_\_

**Nehmen Sie aktuell Medikamente ein:?**

Nein  Ja

**Bitte angeben bzw. Medikamentenplan abgeben**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Wurden Sie schon einmal operiert?** Nein  Ja

wann/was: \_\_\_\_\_

Darmspiegelung: Ja (wann?)  \_\_\_\_\_ Nein

*Wir danken Ihnen für Ihre Mitarbeit! Bei Fragen wenden Sie sich bitte an das Praxisteam*

