

Fragebogen für neue Patienten

Liebe Patientin, lieber Patient,

wir möchten Sie in unserem Fachärzteezentrum für Gastroenterologie, Innere Medizin und Onkologie/Hämatologie in Karlsruhe herzlichst begrüßen. Hierzu ist Ihre Mitarbeit von großer Bedeutung. Bitte füllen Sie daher den folgenden Fragebogen aus.

Personalien

Name

Geburtsdatum

Telefonnummer

Ihre derzeitigen Beschwerden

	Ja	Nein	Ihr Text
Schmerzen (seit wann, wo, wie oft?)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Schlechter Appetit?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Gewichtsverlust (seit wann, wieviel?)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Gewichtszunahme (seit wann, wieviel?)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Leiden Sie an Verstopfung?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Durchfall (falls ja, wie oft am Tag?)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Blut im Stuhl?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Geräusche/Grummeln im Bauch? (nach bestimmten Speisen? Welche?)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Sonstige Beschwerden?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Sind bei Verwandten Erkrankungen bekannt, die erblich sein könnten? (z. B. Krebs des Magens, Darms, Bauchspeicheldrüse, Gebärmutter, Brust)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

Frühere Untersuchungen?

	Wann?	Ergebnis?
Letzte Magenspiegelung		
Letzte Darmspiegelung		
Ultraschall, CT, Kernspin, sonstiges		

Frühere Untersuchungen (vor allem Bauch) und wichtige Erkrankungen?

Wann?

Sind spezielle Risiken bekannt?

Ja Nein Welche?

Allergien (Medikamente, Antibiotika u.a.)

Schwere Herzerkrankung, Herzinfarkt

Diabetes mellitus

Schwere Lungenerkrankung

Komplikationen (bei vorangegangenen Eingriffen)

Besteht eine Schwangerschaft?

Glaukom (grüner Star)

Infektionserkrankung (Hepatitis, HIV, Tuberkulose)

Bringen Sie bitte einen aktuellen Medikamentenplan mit oder füllen Sie die Liste aus

	Medikament	Morgens	Mittags	Abends	Bei Bedarf
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					

Alle Ihre Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht! Wenn Sie möchten, dass wir eine Vertrauensperson über Ihren Gesundheitszustand informieren, tragen Sie hier den Namen der Person ein:

Datum

Unterschrift