



Anamnesebogen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

mit diesem Fragebogen möchten wir weitergehende Informationen zu Ihrem Gesundheitszustand und Ihrer Medikamenteneinnahme einholen. Wir bitten Sie die Fragen so genau wie möglich zu beantworten.

Herzlichen Dank!

Prof. Dres. med.

**Leopold Ludwig
Nektarios Dikopoulos**

Zeppelinstraße 16
89160 Dornstadt
Tel 07348 9671747
Fax 07348 9670848

info@praxis-endoskopie.de
www.praxis-endoskopie.de

ALLGEMEIN

Vorname, Name

Geburtsdatum (MM.TT.YYYY)

Körpergröße (cm)

Körpergewicht (kg)

E-Mail

Telefon

Beruf

Bitte bringen Sie den
Fragebogen ausgefüllt und
unterschrieben mit zu
Ihrem Untersuchungstermin.

VIELEN DANK!

NUR FÜR FRAUEN

Besteht eine Schwangerschaft? ja nein

Sind Sie in der Stillzeit? ja nein

ALKOHOL- UND NIKOTINKONSUM

Trinken Sie regelmäßig Alkohol? ja nein

Wenn ja, wie oft und wie viel?

Rauchen Sie regelmäßig? ja nein

Wenn ja, wie oft und wie viel?

GERINNUNGSSTÖRUNGEN

Sind Erkrankungen der Blutgerinnung bekannt? ja nein

Wenn ja, welche?



Anamnesebogen

Treten bei Ihnen häufiger Nasen-, Schleimhaut oder Hautblutungen auf? ja nein

Nehmen Sie Medikamente zur Hemmung der Blutplättchen und/oder der Blutgerinnung ein? ja nein

ASS, Aspirin, Clopidogrel, Plavix, Prasugrel

Marcumar

Xarelto, Pradaxa, Lixiana, Eliquis, Efient, Brillique

FAMILIÄR GEHÄUFTE ERKRANKUNGEN

Ist bei Verwandten ersten Grades (Eltern / Geschwister) bereits Darmkrebs oder Magenkrebs aufgetreten? ja nein

Wenn ja, bei wem und in welchem Alter?

Liegen sonstige familiär gehäufte Erkrankungen vor? ja nein

Wenn ja, welche?

FRÜHERE ÄRZTLICHE EINGRIFFE / OPERATIONEN

Wurde bei Ihnen bereits eine Spiegelung des Verdauungstraktes durchgeführt? ja nein

Wenn ja, welche und wann?

Wurden bei Ihnen bereits ärztliche Eingriffe oder Operationen durchgeführt? ja nein

Wenn ja, welche und wann?

Kam es in diesem Zusammenhang zu Komplikationen (Blutungen, Organverletzungen, Narkosezwischenfälle, Herz-Kreislauf-Probleme, Atemwegsprobleme?) ja nein

Wenn ja, welche?

ALLERGIEN

Ist bei Ihnen eine Allergie auf die Medikamente Propofol oder Midazolam bekannt? ja nein

Wenn ja, gegen welchen von beiden?

Ist eine Allergie auf Kontrastmittel bekannt? ja nein

Sind sonstige Allergien auf Medikamente bekannt? ja nein

Sind Allergien auf Nahrungsmittel bekannt (insbesondere Soja und Erdnüsse?) ja nein



Anamnesebogen

SONSTIGES

Besteht bei Ihnen ein Glaukom (Grüner Star)? ja nein

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? ja nein

Wenn ja, welche und in welcher Dosierung?

Nehmen Sie Zuckermedikamente, wie beispielsweise *Metformin* ein? ja nein

SPEZIELLER TEIL (bitte zutreffendes ankreuzen)

Sind Erkrankungen des Verdauungstraktes bekannt? ja nein

- Erkrankungen der Speiseröhre oder des Magens/Zwölffingerdarms (Sodbrennen/Gastritis/Geschwüre)
- Erkrankungen des Dünndarms oder des Dickdarms (Morbus Crohn, Colitis ulcerosa)
- Erkrankungen der Leber oder der Gallenblase/Gallenwege
- Erkrankungen der Bauchspeicheldrüse

Sind Herz-Kreislaufkrankungen oder Gefäßerkrankungen bekannt? ja nein

- Erkrankungen der Herzkranzgefäße
- Hatten Sie bereits einen Herzinfarkt? Wenn Ja wann?
- Haben Sie Stents oder Bypässe erhalten?
- Bluthochdruck
- Herzrhythmusstörungen (z.B. Vorhofflimmern, AV-Block)
- Herzschwäche/Herzinsuffizienz
- Herzfehler
- Herzmuskelerkrankungen
- Arterielle Verschlusskrankung
- Venöse Thrombosen
- Hatten Sie bereits eine Lungenarterienembolie? Wenn ja, wann?
- Hatten Sie bereits einen Schlaganfall? Wenn ja, wann?

Sind Infektionserkrankungen bekannt? ja nein

- HIV/AIDS
- Virushepatitis (z.B. Hepatitis B oder C)
- Tuberkulose



Anamnesebogen

Sind Stoffwechselerkrankungen bekannt? ja nein

- Schilddrüsenerkrankungen
- Zuckerkrankheit/Diabetes
- Nierenerkrankungen
- Erkrankungen von Hormondrüsen

Sind Atemwegserkrankungen bekannt? ja nein

- Chronische Bronchitis
- Chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD/Lungenemphysem)
- Asthma bronchiale

Sind sonstige weitere Erkrankungen bekannt? ja nein

- Neurologische oder psychiatrische Erkrankungen
- Erkrankungen des Bewegungsapparates
- Rheumatische Erkrankungen
- Tumorerkrankungen Wenn ja, welche?

und wann?

Haben Sie Fragen zur weiteren Diagnostik und Therapie? ja nein

Wenn ja, bitte notieren.

Bestehen spezielle Vorbehalte bzgl. diagnostischer /
therapeutischer Verfahren oder Verabreichung
von Blut- und Blutprodukten? ja nein

Wenn ja, bitte notieren.

Ich habe alle Fragen verstanden und nach besten Wissen beantwortet.

Das Infoblatt »Hinweise zur Datenverarbeitung in unserer Praxis« habe ich erhalten und gelesen.

Ort, Datum

Ort, Datum

Unterschrift Arzt

Unterschrift Patient/in oder Erziehungsberechtigte/r

Bitte unterschreiben und zu
Ihrem Untersuchungstermin
mitbringen.

VIELEN DANK!