

Fragebogen für unsere Patienten (Anamnesebogen)

Name

Vorname

Wie können wir Sie tagsüber telefonisch erreichen?

Festnetz _____

Mobil _____

Email _____

Dürfen wir Sie per SMS an Ihren Termin (Koloskopie/OP) erinnern?

ja nein

Aktuelle Beschwerden

Keine akut seit Tagen seit Wochen seit Monaten

Afterschmerzen gelegentlich dauernd nach dem Stuhlgang

Blutabgang am After am Toilettenpapier auf dem /im Stuhl tropfend

Nässen **Juckreiz** **Knoten** im Afterbereich

Bauchschmerzen **Blähungen**

Verstopfung **Durchfall (Diarrhoe)** **Gefühl der unvollständigen Entleerung**

Stuhlschmierer

Winde/Blähungen **flüssiger Stuhl** **fester Stuhl** können nicht gehalten werden

Wie oft haben Sie Stuhlgang _____ mal / Tag _____ mal /Woche

Nehmen Sie regelmäßig Abführmittel ja nein

Gibt es in Ihrer Familie Darmkrebs ja nein

Letzte Darmspiegelung (Koloskopie): _____ bisher keine

Krankengeschichte

Leiden Sie unter:

Herzerkrankungen (z.B. Herzinfarkt, Herzfehler) , wenn ja, welche _____ ja nein

Lungenerkrankung (wenn ja, welche) _____ ja nein

Schlaganfall(Apoplex) ja nein

bitte wenden!

Schlafapnoe ja nein

Andere chronische Erkrankungen (wenn ja, welche) ja nein

Allergien (wenn ja, welche) ja nein

Nehmen Sie Medikamente zur Blutverdünnung (z.B. Asprin/ASS, Marcumar, Xarelto,Clopidogrel) ein?

ja nein

Welche Medikamente nehmen Sie ein Liste wurde beigefügt

Für Frauen

Sind Sie Schwanger ja nein

Stillen Sie aktuell ja nein

Hatten Sie Entbindungen? (wenn ja wie viele?) ja _____ nein

Hatten Sie bei der Entbindung einen Dammriss oder Dammschnitt ja nein weiß nicht