

Telefon (privat): _____ Beruf / Arbeitgeber: _____

(dienstlich): _____ Hausarzt: _____

Bitte beantworten Sie folgende Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand möglichst genau. Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden streng vertraulich behandelt. Das Ausfüllen des Bogens ist freiwillig.

Herz-/Kreislaferkrankungen:

Hoher Blutdruck	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Niedriger Blutdruck	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Herzklappenfehler	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Herzschrittmacher	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Endokarditis	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Herzoperation	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein

Erkrankung von:

Bauchspeicheldrüse	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Leber/Galle	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Magen/Darm	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Milz/Knochenmark	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein

Infektiöse Erkrankungen:

HIV	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Lebererkrankung/Hepatitis	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Tuberkulose	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Andere Infektionskrankheiten:	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein

Anfallsleiden (Epilepsie)	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Asthma/Lungenerkrankung	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Blutgerinnungsstörung	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Diabetes/Zuckerkrankheit	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Drogenabhängigkeit	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Nervenerkrankung	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Nierenerkrankung	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Ohnmachtsanfälle	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Osteoporose	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Raucher	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Rheuma/Arthritis	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Schilddrüsenerkrankung	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Sonstige Erkrankungen:	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein

Allergien bzw. Unverträglichkeiten:

Lokalanästhesie/Spritzen	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Antibiotika	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Schmerzmittel	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Metalle: _____		

Besteht eine Schwangerschaft	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Wenn ja, in welchem Monat: _____		
Stillzeit	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig bzw. aktuell ein?

Wurden proktologische Operationen durchgeführt?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	seit: _____
Stehen Sie in medikamentöser Chemotherapie?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	seit: _____
Stehen Sie in Strahlentherapie bei Krebserkrankung?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	seit: _____
Nehmen Sie hoch dosiert Steroide/Immunsuppressiva?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	seit: _____
Wurden bei Ihnen größere Operationen durchgeführt?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	Wann: _____

Ich erkläre mich mit der elektronischen Speicherung, Bearbeitung und Nutzung meiner Daten in der Patientenakte einverstanden. Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten im Falle einer Kooperation, der Behandlung durch einen Assistenten oder Vertreter oder bei einem Praxisverkauf vom Nachfolger verwendet werden dürfen. Ich stimme zu, dass mein Hausarzt und der überweisende Arzt vom Befund unterrichtet werden.

Ich verpflichte mich, über alle Änderungen, die sich während meiner gesamten Behandlungszeit ergeben, umgehend Mitteilung zu machen. Des Weiteren verpflichte ich mich, vereinbarte Behandlungstermine einzuhalten bzw. mindestens 24 Std. vor dem vereinbarten Termin abzusagen. Mir ist bekannt, dass nicht bzw. nicht rechtzeitig abgesagte Termine in Rechnung gestellt werden können.

Pohlheim, den _____

Unterschrift: _____

Bitte kreuzen Sie zutreffendes an	Ja	Nein
Haben Sie Schmerzen beim Stuhlgang? (st)		
Jucken und Brennen am After? (pa)		
Nässen am After? (na)		
Helles Blut am Toilettenpapier? (ns)		
Dunkles Blut am Stuhl? (ds)		
Schleimabgänge beim Stuhlgang? (sa)		
Knoten am After? (ka)		
Unregelmäßiger Stuhlgang? (us)		
Änderung der Stuhlgangsgewohnheiten? (as)		
Gewichtsverlust? (gv)		
Verstopfung? (ver)		
Durchfall? (dur)		
Vermehrt Blähungen? (vb)		
Ungewollter Stuhlabgang? (ust)		
Unkontrollierte Gasentweichung? (uga)		
Stuhlverschmutzte Unterwäsche? (su)		
Hatten Sie schon eine After- oder Bauch-OP? (bop)		
Hatten Sie schon einer gynäkologische OP? (gop)		
Haben Sie Bauchschmerzen? (bas)		
Ist bei Ihren Vorfahren Darmkrebs vorgekommen? (fdk)		
Sind bei Ihren Vorfahren Darmpolypen vorgekommen? (fpp)		
Wurde ein Stuhltest auf unsichtbares Blut durchgeführt? (ha)		
Hat der Test Blut nachgewiesen? (hä+)		
Ist eine HIV-Infektion bei Ihnen nachgewiesen? (hiv)		
Ist eine Hepatitis Infektion bei Ihnen nachgewiesen? (hep)		
Gefühl der unvollständigen Stuhlentleerung? (unv)		
Druckgefühl im Enddarm? (de)		
Sind Sie schwanger? (sch)		
Stillen Sie? (sti)		
Nehmen Sie zur Zeit Blutverdünnungsmittel ein (ASS, Marcumar, Clopidogrel...) (aah)		
Gegen welche Erkrankungen nehmen Sie evtl. weitere Medikamente ein?		

Pohlheim, den _____

Unterschrift: _____

