



# DIE GASTROPRAXIS

FREIBURG

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ Geb. Datum: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Telefon Nr.: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Hausarzt: \_\_\_\_\_

Versicherung:  gesetzlich  privat  Post B  privat + Beihilfe

Besondere Versicherungsbedingungen (Basistarife)?:

Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand möglichst sorgfältig, damit wir möglichen Risiken vorbeugen können!

Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden streng vertraulich behandelt.

Vorerkrankungen:		Infektiöse Erkrankungen:	
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	HIV Infektion/AIDS	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Herzklappenfehler/Schrittmacher/Defi	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Virushepatitis	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Koronare Herzkrankheit	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Allergien bzw. Unverträglichkeiten:	
Anfallsleiden (Epilepsie)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Betäubungsmittel	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Asthma/Lungenerkrankungen:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Antibiotika	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Blutgerinnungsstörungen:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Schmerzmittel	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Diabetes/Zuckerkrankheit	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Soja/Erdnüsse	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Drogenabhängigkeit	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Hühnereiweiß	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Nierenerkrankungen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Latex	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Lebererkrankungen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Nahrungsmittel	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Bauchoperationen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Sonstige Allergie:	
Lockere Zähne, Zahnersatz, Piercing?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Besteht ein grüner Star (Glaukom)?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Künstliches Gelenk (z.B. Hüfte, Knie?)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Sonstige Erkrankungen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Wenn ja, welche?	
Besteht eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Wenn ja, welcher Monat?	
Gibt es familiäre Magen- oder Darmkrebserkrankungen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Wenn ja, welche?	
Wurde bei Ihnen bereits eine Magen- oder Darmspiegelung durchgeführt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Wenn ja, wann/wo?	

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig bzw. zur Zeit? (Blutverdünner wie Marcumar, ASS, Plavix, Iscover, Pille, etc.) Medikamentenpläne bitte an der Anmeldung abgeben.			
Gab es Unverträglichkeitsreaktionen bei Operationen?		Wenn ja, wann/wie/wo?	
Besteht/Bestand bei Ihnen eine Krebserkrankung?		Wenn ja, welche/wann/wo?	
Körpergewicht in kg:		Körpergröße in cm:	
Ich leide unter:		Sonstige Beschwerden	
Schluckstörungen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Herz/Kreislauf	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Bauchschmerzen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Atemwege (z.B. COPD, Asthma, ...)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Blähungen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Schlafapnoe-syndrom	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Durchfällen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Schlafstörungen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Verstopfung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Schnarchen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Blutungen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Ohnmachtsanfälle	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Stuhlunregelmäßigkeiten	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Bewegungsapparat	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Appetitlosigkeit	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Gewichtsab-/zunahme	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein ->	Wenn ja, Mengenangabe pro Tag:	
Trinken Sie Alkohol?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein ->	Wenn ja, Mengenangabe pro Tag:	
Auslandsaufenthalte	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein ->	Wenn ja: wo, besonders Tropenaufenthalte.	
Ich bin beschwerdefrei.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Beschwerden – Beschreiben Sie mit Ihren Worten Ihre Beschwerden und den Beginn:			
Was führt zu einer Verschlechterung, was zu einer Verbesserung der Beschwerden?			
Was ist Ihrer Meinung nach die Ursache der Beschwerden?			
Bitte Name und Telefonnummer einer Vertrauensperson, die wir im Notfall kontaktieren sollen:			

Freiburg, den \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_