



# Medizinischer Fragebogen (Gastroenterologie)

## Kontaktdaten

Vorname:

Nachname:

Straße, Hausnummer:

PLZ, Ort:

Land:

Telefonnummer:

Email-Adresse:

## Angaben zu Ihrer Person

Geschlecht:  Frau  Mann

Geburtsdatum:

Größe:

Gewicht:

## Medizinische Fragen

Welchen medizinischen Eingriff möchten Sie vornehmen lassen?

Welche operativen Eingriffe hatten Sie bereits? (Bitte mit Angabe des Jahres)

Hatten Sie in den letzten 6 Monaten eine Narkose? (lokale Anästhesie, Vollnarkose)  
Falls ja, wann?

Ja

Nein

Gab es Komplikationen oder Nebenwirkungen bei einer Vollnarkose? Falls ja, welche?

Ja

Nein

Gab es Komplikationen oder Nebenwirkungen bei einer lokalen Anästhesie? Falls ja, welche?

Ja

Nein

Wie entwickeln sich ihre Narben nach einer Operation? Bitte spezifizieren Sie. (dünne Narbenlinie oder gefärbte Narbe oder hervortretende Verwucherung auf dem Narbengewebe / der Haut.)

**Bitte beantworten Sie die nachstehenden Fragen mit Ja oder Nein. Falls Sie Ja ankreuzen, ergänzen Sie bitte eine kurze Erklärung.**

Wurden Sie früher oder werden Sie zurzeit wegen einer Herzerkrankung behandelt? (Kurzatmigkeit, Schmerzen in der Brust, Schwellungen der Beine, einen Herzinfarkt, Herzrhythmusstörung)	Ja	Nein
Wurden Sie früher oder werden Sie zurzeit wegen Bluthochdruck behandelt?	Ja	Nein
Leiden Sie an Asthma?	Ja	Nein
Hatten Sie je eine Lungentuberkulose oder Lungenentzündung? (falls ja, wann?)	Ja	Nein
Wurden Sie früher oder werden zurzeit wegen Diabetes Mellitus (Diät, Tabletten, Insulin) behandelt?	Ja	Nein
Werden Sie wegen Schilddrüsenproblemen behandelt?	Ja	Nein
Wurden Sie je aufgrund einer Nierenerkrankung (Infektionen, Nephrolithen - Nierensteine) behandelt?	Ja	Nein
Leiden Sie unter Prostata-Problemen?	Ja	Nein
Wurden Sie je aufgrund einer Lebererkrankung (Hepatitis, Mononukleose) behandelt?	Ja	Nein
Leiden Sie unter Magen- oder Zwölffingerdarmgeschwüren?	Ja	Nein
Leiden Sie an Krampfadern oder Venenentzündungen (Thrombose, Embolien)?	Ja	Nein
Leiden Sie an einer neurologischen Erkrankung? (Epilepsie, Muskelschwäche, Kopfschmerzen, Lähmungen von Nerven, Zustand nach dem Schlaganfall, Borreliose oder Operation der Bandscheiben)	Ja	Nein
Leiden Sie unter Schlafproblemen?	Ja	Nein
Stehen Sie zur Zeit unter Stress?	Ja	Nein
Werden Sie gegen Glaukom behandelt?	Ja	Nein
Haben Sie schon einmal länger geblutet als gewöhnlich? (nach einer Zahnextraktion, Nasenbluten, nach einer Verletzung)	Ja	Nein
Erhielten Sie je eine Bluttransfusion?	Ja	Nein

Hatten Sie je ein Screening zwecks einer Krebserkrankung? Männer: Prostata-Screening, Darmkrebs Frauen: Brust-Screening, Gebärmuttermunde- krebs mit Abstrich, Darmkrebs	Ja	Nein
Hatten Sie je eine Onkologiebehandlung (Behandlung aufgrund einer Krebserkrankung)?	Ja	Nein
Haben Sie im letzten Jahr an Gewicht verloren? (Wenn ja, wie viel?)	Ja	Nein
Hatten Sie eine Bestrahlungstherapie?	Ja	Nein
Hatte jemand in Ihrem Familienumfeld Komplikationen während oder nach einer Operation (z. B. unerklärlicher Tod)?	Ja	Nein
Spüren Sie nach dem Kaffeetrinken ein Taubheitsgefühl um den Mund?	Ja	Nein
Haben Sie lockere Zähne, einen abnehmbaren Zahnersatz oder Zahnbrücken?	Ja	Nein

### Fragen zu Gewohnheiten / Verhaltensweisen

Rauchen Sie, trinken Sie Alkohol oder haben Sie irgendwelche anderen relevanten Gewohnheiten (z. B. nehmen Sie Schlaftabletten)?	Ja	Nein
Falls Sie gegenwärtig rauchen, wie viele Zigaretten rauchen Sie pro Tag?		Zigaretten pro Tag
Falls Sie mit Rauchen aufgehört haben: wann haben Sie aufgehört? (Monat / Jahr)		
Wenn Sie Alkohol trinken, wie viele Einheiten trinken Sie pro Woche? (eine Einheit = ein halber Liter Bier oder ein kleines Weinglas, ein Schnapsglas)		Einheiten Bier pro Woche Einheiten Wein pro Woche Einheiten Alkohol pro Woche

### Fragen zu Schwangerschaft

Sind Sie schwanger oder versuchen Sie schwanger zu werden?	Ja	Nein
Hatten Sie bereits eine Geburt - wenn ja, wie viele?	Ja	Nein
Hatten Sie bereits einen Kaiserschnitt? Falls ja, wie viele und in welchem Jahr?	Ja	Nein

## Fragen zu Allergien / Medikamenten / Psychischen Erkrankungen

Sind Sie gegen etwas allergisch?	Ja	Nein
Haben Sie eine Nahrungsmittelallergie?	Ja	Nein
Haben Sie unbehandelte medizinische Probleme?	Ja	Nein
Welche Art von Medikamenten verwenden Sie zurzeit?	Ja	Nein
Haben Sie schon hormonelle Medikamente eingenommen (Prednison, Triamcinolon, Cortison)?	Ja	Nein
Nehmen Sie Antikonzeptionsmedikamente ein?	Ja	Nein
Für Gewichtsverlustbehandlung: Besuchen Sie einen Psychologen und / oder Psychiater?	Ja	Nein
Waren Sie schon einmal in einer psychiatrischen Klinik hospitalisiert?	Ja	Nein
Nehmen Sie Psychopharmaka? Falls ja, aus welchem Grund, wie lange und welche Art von Psychopharmaka?	Ja	Nein

## Fragen zu Ihren Essgewohnheiten

Sind Sie Vegetarier oder Veganer?	Ja	Nein
Wie viel Obst essen Sie täglich?		Kilogramm pro Tag
Wie viel Gemüse essen Sie täglich?		Kilogramm pro Tag
Wie oft essen Sie wöchentlich Fisch?		Mal pro Woche
Wie oft essen Sie wöchentlich rotes Fleisch (Rind-, Lamm-, Schweinefleisch)?		Mal pro Woche
Wie viele Gläser (250ml) Wasser trinken Sie täglich?		Gläser täglich
Treiben Sie regelmäßig Sport?	Ja	Nein

**Ich habe alle Fragen verstanden und nach bestem Wissen beantwortet.**

Name in Druckschrift

Unterschrift