

ANAMNESEBOGEN

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
wir freuen uns sehr, Sie in unserer Praxis begrüßen zu dürfen.

Um Ihren Besuch optimal zu gestalten, benötigen wir Ihre Mithilfe. Wir bitten Sie, diesen Bogen gewissenhaft auszufüllen, damit wir möglichen Risiken vorbeugen können.

Alle Angaben unterliegen der Schweigepflicht des Arztes und unserer Mitarbeiter.

Ihr Praxisteam vom Magen-Darm-Zentrum im CITTI Park Flensburg

PERSÖNLICHE ANGABEN

Name	Vorname	Geburtsdatum
------	---------	--------------

Straße	PLZ, Ort
--------	----------

Telefon (Festnetz)	Telefon (Mobil)	E-Mail
--------------------	-----------------	--------

Größe (in cm)	Gewicht (in kg)	Krankenkasse
---------------	-----------------	--------------

Beruf / Tätigkeit	Hausarzt
-------------------	----------

Bitte nennen Sie Ihre aktuellen Beschwerden oder den Grund für eine Behandlung in unserer Praxis:

Magen-Darm-Erkrankungen

- | | | | |
|--|-------------|--|-------------|
| <input type="checkbox"/> Bauchschmerzen | seit: _____ | <input type="checkbox"/> Verstopfung | seit: _____ |
| <input type="checkbox"/> Blähungen | seit: _____ | <input type="checkbox"/> Durchfall (>3xtgl.) | seit: _____ |
| <input type="checkbox"/> Sodbrennen | seit: _____ | <input type="checkbox"/> Darmblutungen | seit: _____ |
| <input type="checkbox"/> Gewichtsverlust | seit: _____ | <input type="checkbox"/> sonstige: | |

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Morbus Crohn | <input type="checkbox"/> Darmkrebs | <input type="checkbox"/> Colitis ulcerosa |
| <input type="checkbox"/> Darmpolypen | <input type="checkbox"/> Refluxkrankheit / Sodbrennen | <input type="checkbox"/> Magengeschwüre / Gastritis |
| <input type="checkbox"/> Nahrungsmittel Intoleranz: _____ | | <input type="checkbox"/> Helicobakterbehandlungen |
| <input type="checkbox"/> Voroperationen / sonstige: _____ | | <input type="checkbox"/> perianale Blutung(en) |

Leber-/Gallenkrankheit

- Leberwerterhöhung chronische Hepatitis Hepatitis A/B/C
 Fettleber Gallensteine Leberzirrhose
 sonstige: _____
-

Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit)

- Diabetes mellitus Typ I Diabetes mellitus Typ II insulinpflichtig
-

Lungenkrankheit

- Asthma bronchiale Chronische Bronchitis sonstige: _____
-

Herzerkrankung / erhöhter Blutdruck

- Koronare Herzkrankheit erhöhter Blutdruck Herzschwäche/ - insuffizienz
 Vorhofflimmern Herzinfarkt Herzschrittmacher
 Herzklappenersatz | welcher: _____
 sonstige: _____
-

Nierenerkrankung

- Niereninsuffizienz Nierensteine sonstige: _____
-

Sonstige

- Ohnmachtsanfälle Leukämie / Lymphome Infektionskrankheiten
 Künstliche Gelenke | welche: _____ Epilepsie
 Familiäre Tumorerkrankungen bekannt? _____
 sonstige: _____
-

Nehmen Sie eines der folgenden Medikamente ein? (wenn ja, bitte ankreuzen)

- Marcumar Xarelto Lixiana ASS Plavix Sintrom Brilique
 Phenpro Pradaxa Efient Aspirin Iscover Eliquis Clopidogrel
 Ich nehme keine der o.g. Medikamente oder andere Gerinnungshemmer

Bestehen allergische Reaktionen, Unverträglichkeiten von Medikamenten oder Spritzen?
 Nein Ja | welche: _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? (ggf. auch Rückseite nutzen)

 Nein
 Ja | welche und wann: _____

	ja	nein	
Besteht eine Soja- oder Erdnussallergie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Besteht derzeit eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	wenn ja, Geburtstermin: _____
Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	wenn ja, wie viel: _____ /Tag seit: _____
Trinken Sie regelmäßig Alkohol?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	wenn ja, wie viel: _____ /Tag seit: _____
Nehmen Sie Drogen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	wenn ja, welche: _____

Erhebung der Blutungsanamnese

Ist bei Ihnen jemals eine Gerinnungsstörung festgestellt worden?

Wenn ja, welche: _____

Beobachten Sie folgende Blutungsarten, auch ohne Grund?	ja	nein
• Nasenbluten (ohne erkennbare Ursache)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Ist eine Thrombozytopenie bekannt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Gelenkblutungen / Blutungen in Weichteile und Muskeln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Beobachten Sie eine stark verzögerte Heilung von Wunden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Beobachten Sie bei Wunden längeres Nachbluten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Trat ein längeres / verstärktes Nachbluten beim Zahnziehen auf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Trat eine verstärkte Blutung während oder nach einer OP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Gab / Gibt es in Ihrer Familie Fälle von Blutungsneigung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Punktförmige Blutungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

<input type="checkbox"/> Patient / Patientin der Inneren Medizin	<input type="checkbox"/> Im Vorbeigehen	<input type="checkbox"/> Internet
<input type="checkbox"/> Flyer	<input type="checkbox"/> Jameda	<input type="checkbox"/> Empfehlung
<input type="checkbox"/> Facebook / Instagram	<input type="checkbox"/> örtl. Mitteilungsblatt	<input type="checkbox"/> sonstiges: _____

Ich bin damit einverstanden, dass das Magen-Darm-Zentrum im CITTI Park Flensburg mich über anstehende Untersuchungen, Vorsorgeuntersuchungen, Behandlungen oder über wichtige ärztliche Befunde informiert. (ggf. streichen)

Mir ist bekannt, dass ich meine Zustimmung jederzeit widerrufen kann.

Datum

Unterschrift Patient/-in