



ANAMNESEBOGEN

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

wir freuen uns, Sie bei Gastromedics begrüßen zu dürfen.

Um Ihren Besuch optimal zu gestalten, benötigen wir Ihre Mithilfe. Wir bitten Sie, diesen Bogen gewissenhaft auszufüllen.

Alle Angaben unterliegen der Schweigepflicht des Arztes und seiner Mitarbeiter.

Ihr Praxisteam von Gastromedics

PERSÖNLICHE ANGABEN

Name	Vorname	Geburtsdatum
Straße	PLZ, Ort	
Telefon Festnetz	Telefon Mobil	E-Mail
Größe	Gewicht	Krankenkasse
Arbeitgeber	Beruf/Tätigkeit	
Hausarzt	Überweisender Arzt	
Ambulante Privatversicherung (inkl. Ambulante Leistungen/Wahlarzt)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein



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 (> 3 x tgl.) seit: _____ |
| <input type="checkbox"/> Sodbrennen seit: _____ | <input type="checkbox"/> Darmblutungen seit: _____ |
-
- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Gewichtsverlust | <input type="checkbox"/> Refluxkrankheit/Sodbrennen | <input type="checkbox"/> Perianale Blutung(en) |
| <input type="checkbox"/> Morbus Crohn | <input type="checkbox"/> Darmkrebs (Nachkontrolle) | <input type="checkbox"/> Darmpolypen |
| <input type="checkbox"/> Colitis ulcerosa | <input type="checkbox"/> Gastroskopie | <input type="checkbox"/> Magengeschwüre/Gastritis |
| <input type="checkbox"/> Vorsorge-/Coloskopie (Darmkrebsvorsorge) | | <input type="checkbox"/> Helicobacter Behandlungen |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges: | | |

Leber-/Gallenkrankheiten

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Leberwerterhöhung | <input type="checkbox"/> Chronische Hepatitis | <input type="checkbox"/> Hepatitis A/B/C |
| <input type="checkbox"/> Fettleber | <input type="checkbox"/> Gallensteine | <input type="checkbox"/> Leberzirrhose |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges | | |

Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit)

- Diabetes mellitus Typ II

Ernährung

- Abnehmen/Ernährungsberatung Nahrungsmittel Intol.:

Sonstige

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Künstliche Gelenke welche: _____
(Knie/Hüfte) | <input type="checkbox"/> Infektionskrankheiten
(z.B. HIV, Hep. B/C, Tbc) |
| <input type="checkbox"/> Fam. Tumorerkrankungen bekannt? _____
(insbes. Darmkrebs) | <input type="checkbox"/> Herzschrittmacher (Defibrillator) |
| | <input type="checkbox"/> Sonstige: _____ |



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

- Xarelto Lixiana ASS Plavix Marcumar Brilique
 Pradaxa Efient Aspirin Iscover Eliquis Clopidogrel

Ich nehme keine der o. g. Medikamente oder andere Gerinnungshemmer: _____

Bestehen allergische Reaktionen, Unverträglichkeiten von Medikamenten oder Spritzen

welche: _____

Folgende Medikamente nehme ich regelmäßig ein:

- | | |
|----------|-----------|
| 1. _____ | 6. _____ |
| 2. _____ | 7. _____ |
| 3. _____ | 8. _____ |
| 4. _____ | 9. _____ |
| 5. _____ | 10. _____ |

ja nein

- Besteht derzeit eine Schwangerschaft? ja nein wenn ja, Geburtstermin: _____
- Rauchen Sie? ja nein wenn ja, wieviel: _____ /Tag seit: _____
- Trinken Sie regelmäßig Alkohol? ja nein wenn ja, wieviel: _____ /Tag seit: _____

Erhebung der Blutungsanamnese

Ist bei Ihnen jemals eine Gerinnungsstörung festgestellt worden? Ja Nein

Wenn ja, welche: _____

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

- | | | |
|---------------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> Stammpatient | <input type="checkbox"/> Hausarzt/Ärztin | <input type="checkbox"/> Im Vorbeigehen |
| <input type="checkbox"/> Suchmaschine | <input type="checkbox"/> Flyer | <input type="checkbox"/> Empfehlung |
| <input type="checkbox"/> Website | <input type="checkbox"/> Docfinder | <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ |
| <input type="checkbox"/> Facebook | <input type="checkbox"/> Zeitung | |

Ich bin damit einverstanden, dass Gastromedics mich über anstehende Untersuchungen, Vorsorgeuntersuchungen, Behandlungen, medizinische Angebote oder über wichtige ärztliche Befunde informiert. (ggf. streichen) Mir ist bekannt, dass ich meine Zustimmung jederzeit widerrufen kann.

Datum

Unterschrift Patient/-in