

MAGEN-DARM-FRAGEBOGEN

Liebe Patientin, lieber Patient,

In der Regel behandeln wir nur Patienten, die auch von uns untersucht worden sind. Sind die bereits von anderen Magen-Darm-Ärzten untersucht worden und geht es Ihnen um eine zweite Meinung, sind die Vorbefunde einschließlich Endoskopie und Histologie für diese Konsultation zingend erforderlich. Im Zweifelsfall ist eine erneute Diagnostik möglich. Darüber hinaus bitten wir Sie um die Beantwortung folgender Fragen. Vielen Dank!

<input type="radio"/>	Name	Vorname	Geburtsdatum
<input type="radio"/>	Telefon	Telefon mobil (optional)	Beruf (optional)
<input type="radio"/>	Hausarzt (Name, Adresse, Tel.)	Zu informierende Ärzte (optional)	

Sind bei Ihnen schon Magen-Darm-Erkrankungen bekannt?

- nein
 ja, welche?

Unter welchen Magen-Darm-Beschwerden leiden Sie?

(Bitte ankreuzen)

- Bauchschmerzen
 Blähbauch
 Verstopfung
 Durchfall
 Wechselnder Stuhlgang
 Blut im Stuhl
 Enddarmbeschwerden
 Gefühl der unvollständigen Entleerung
 Schluckstörung
 Übelkeit
 Erbrechen
 Sodbrennen
 Oberbauchschmerzen
 Völlegefühl

Weitere Magen-Darm-Beschwerden:

Sind Ihre Beschwerden abhängig von der Ernährung (z.B. Milchzucker)?

- nein
 ja

Sind bei Ihnen oder in Ihrer Familie Krebserkrankungen im Magen oder Darm bekannt?

- nein
 ja, welche und bei wem?

Nehmen Sie schon Magen-Darm-Medikamente ein?

- nein
 ja, welche?

Ist Ihr Magen schon einmal untersucht worden?

- nein
 ja, wann und wo?

Ist Ihr Darm schon einmal untersucht worden?

- nein
 ja, wann und wo?

Die Patienteninformation habe ich erhalten und gelesen. Ich habe hierzu keine Fragen.

Gemäß § 73 Abs. 1b SGBV willige ich hiermit ein, dass meine behandelnden Ärzte einen Befund erhalten und die bei mir festgestellten Befunde an mitbehandelnde Ärzte per Brief oder Fax weitergeleitet werden dürfen. Mit der Aufnahme in das interne Recall-System erkläre ich mich einverstanden. Ich bin ebenfalls damit einverstanden, dass die Magen-Darm Praxis Prof. Krammer meine Daten allen Mitarbeitern der Praxis offenlegt, sofern dies zu meiner Behandlung erforderlich ist. Ich bin darüber unterrichtet, dass alle Mitarbeiter zur Verschwiegenheit verpflichtet sind und eine Schweigepflichterklärung unterzeichnet haben.

Datum Unterschrift