



DR.FÜGER

Internist Gastroenterologe

Fragebogen für Patienten mit Magen-Darm-Problemen

Sehr geehrte, liebe Patientin,
sehr geehrter, lieber Patient,

Sie wurden uns zugewiesen zur Diagnostik und/oder zur Behandlung von Magen-Darm-Problemen. Um keine unnötigen Untersuchungen zu veranlassen und einen optimalen Behandlungsplan für Sie erstellen zu können, benötigen wir im Vorfeld einige Informationen von Ihnen. Wir möchten Sie daher bitten, diesen Fragebogen sorgfältig durchzulesen und die Fragen möglichst genau zu beantworten.

Wegen welcher Beschwerden kommen Sie zu uns ?

Bauchschmerzen - wie würden Sie die Schmerzen beschreiben und wo sind sie lokalisiert ?

brennend schneidend sehr stark fürchterlich

Druckgefühl bohrend dumpf nicht so schlimm

im Oberbauch um den Nabel im Unterbauch gesamter Bauchraum

Blähungen („Aufgebläht Sein“ / „Trommelbauch“)

nur nach dem Essen auch nach Einnahme von Getränken ohne feste Nahrung

vor allem / oft nach Verzehr von Milchprodukten

Neigung zu unregelmäßigem Stuhlgang

Durchfallneigung Verstopfung Wechsel von Durchfall mit Verstopfung

Schleimabsonderung starkes Pressen plötzlicher Stuhldrang

Gefühl unvollständiger Darmentleerung

Sodbrennen Übelkeit – falls ja : mit Erbrechen ? „schwarzer“ Stuhl (wie Teer)

Blut am/ auf dem Stuhl oder am Toilettenpapier

Seit wann bestehen diese Beschwerden ?

Erst seit kurzem (bitte Datum angeben:)

schon seit einiger Zeit (mehr als 3 Monate? länger als 2 Jahre ?)

schon seit vielen Jahren (seit wie vielen Jahren ungefähr?)

Ist eine Erkrankung des Magen-Darm-Traktes, eine Nahrungsmittelunverträglichkeit oder eine Nahrungsmittelallergie bereits bekannt? Liegen irgendwelche Allergien vor ?

Welche? Seit wann?

bitte wenden



Wurden bei Ihnen bereits eine oder mehrere der unten angeführten Untersuchungen des Magen-Darmtraktes bzw. des Bauchraumes durchgeführt ? (falls ja, bitte mit Angabe, wann die Untersuchung und wo die Untersuchung durchgeführt wurde):

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Blut-/Stuhluntersuchungen (Labor) | <input type="checkbox"/> Sonographie des Bauchraumes |
| <input type="checkbox"/> Computertomographie des Bauchraumes | <input type="checkbox"/> Kernspintomographie des Bauchraumes |
| <input type="checkbox"/> Magenspiegelung (ÖGD) | <input type="checkbox"/> Darmspiegelung (Koloskopie) |
| <input type="checkbox"/> Funktionsuntersuchungen (H2-Atemteste) | |
| <input type="checkbox"/> andere Untersuchungen : | |

Falls Ihnen Befunde dieser Untersuchungen vorliegen, möchten wir Sie bitten, uns diese zur Ansicht zu geben. Sollten Ihnen selbst die Befunde nicht vorliegen oder bekannt sein, bitten Sie Ihren Hausarzt oder den Untersucher, uns die Untersuchungsergebnisse mitzuteilen!

Liegt bei Ihnen einer oder mehrere der folgenden Risikofaktoren für Arterienverkalkung oder eine familiäre Belastung für Krebserkrankungen vor?

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Zigarettenrauchen | <input type="checkbox"/> erhöhter Blutdruck | <input type="checkbox"/> erhöhtes Cholesterin |
| <input type="checkbox"/> Zuckerkrankheit | <input type="checkbox"/> Übergewicht | <input type="checkbox"/> Gicht |
| <input type="checkbox"/> Durchblutungsstörungen in den Beinen | <input type="checkbox"/> abgelaufener Schlaganfall | |
| <input type="checkbox"/> Magen- oder Darmkrebs in der Familie | | |

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

Wenn ja, führen sie schreiben Sie hier bitte alle Medikamente auf, die sie einnehmen und auch, zu welcher Tageszeit und welche Dosis Sie einnehmen !

Was ist ihr Beruf ?

Wie groß sind Sie, und wie viel wiegen Sie? cmkg

Datum

Unterschrift