



Patienten-Daten und vorbereitender Fragebogen

Name:	Vorname:	Geb.-Datum:
Tel.:	Mobil:	E-Mail:
Straße:		PLZ/Ort:
Krankenversicherung mit Angaben der Geschäftsstelle:		
Hausarzt:		Zuweisender Facharzt:

Wünschen Sie einen Befundbericht für Ihre Unterlagen?

JA NEIN

Wenn ja, dann berechnen wir 5,00 €, die Sie selbst zu tragen haben.

Schildern Sie kurz Ihre aktuellen Beschwerden:

Seit wann haben Sie diese Beschwerden:

seit: Stunden Tagen Wochen Monaten Jahren

Wie stark leiden Sie unter diesen Beschwerden?

leicht stark sehr stark

Wurden Sie deswegen schon ärztlich behandelt?

JA NEIN

Wie sind diese Beschwerden bis jetzt behandelt worden?

Medikamentös Veröden Gummibandligaturen Operation

Wie oft haben Sie Stuhlgang? täglich _____ x mal wöchentlich _____ x mal

Wie ist die Beschaffenheit Ihres Stuhlganges?

normal breiig durchfällig hart-trocken-fest wechselhaft

Welche der folgenden Beschwerden haben Sie Während und / oder nach dem Stuhlgang?

helles Blut Juckreiz Brennen Nässen Schleimhautabsonderung

Haben Sie Schmerzen während und / oder nach dem Stuhlgang? JA NEIN

Wie ist Ihr Stuhlgang?

leicht erfolgt unter starkem Drücken ist oft unvollständig

Leiden Sie an Schließmuskelschwäche?

JA NEIN

Wenn JA, verlieren Sie unkontrolliert:

Luft flüssigen Stuhl festen Stuhl

Ist bei Ihren blutsverwandten Familienmitgliedern

(Großeltern, Eltern, Geschwistern, Tante, Onkel) Darmkrebs bekannt?

JA NEIN

Ist bei Ihren blutsverwandten Familienmitgliedern

(Großeltern, Eltern, Geschwistern, Tante, Onkel) eine chronisch entzündliche Darmerkrankungen wie M. Crohn/ Colitis Ulcerosa bekannt?

JA NEIN

Sind Sie bis heute schon einmal koloskopiert worden (Darmspiegelung)?

JA NEIN

Wenn JA, wann war die letzte Darmspiegelung: _____

Wie war das Ergebnis?

Haben Sie ein Herzleiden: (Herzklappen, Stent, Bypässe, Herzschrittmacher)?

JA NEIN

Leiden Sie an irgendeiner chronischen und/oder Infektiösen Krankheit

wie Hepatitis B oder C oder HIV, Diabetes, Bluthochdruck und ähnliches?

JA NEIN

Sind Sie Schon operiert worden?

JA NEIN

Wenn Ja, dann welche Art der Operation und wann war das?

Folgende Fragen sind nur für die Frauen

Haben Sie Kinder bekommen:

JA NEIN

Verlief die Geburt auf natürliche Art (vaginal)?

JA NEIN

Wenn NEIN:

Zangengeburt Sauggeburt Kaiserschnitt

Hatten Sie bei der Entbindung einen Dammriss oder Dammschnitt?

JA NEIN

Ist die Gebärmutter bei Ihnen entfernt worden?

JA NEIN

Wenn Ja, Weswegen?

Einverständniserklärung zum Versand von Arztbriefen

Liebe Patientinnen und Patienten,

im Datenschutz (SGB V § 73) ist geregelt, dass wir nur Arztbriefe verschicken dürfen, wenn Sie uns das schriftlich erlauben.

Im Laufe der Behandlung kommt es jedoch immer wieder vor, dass mitbehandelnde ärztliche Stellen (Fachärzte, Krankenhäuser, DDK) Befundberichte von uns benötigen. Damit diese Ärztinnen und Ärzte auf Anfrage einen Befundbericht von uns erhalten dürfen, benötigen wir eine Unterschrift von Ihnen, denn nur dann dürfen wir diese Befunde weiterleiten.

Deshalb bitten wir Sie, die Ihrem Willen entsprechende Aussage anzukreuzen und dies mit Ihrer Unterschrift zu bestätigen.

- Ich wünsche ausdrücklich, dass Sie keine Befundberichte an mitbehandelnde ärztliche Stellen verschicken.
- Ich bin damit einverstanden, dass sowohl die/der überweisende Ärztin/Arzt als auch andere mitbehandelnde Ärztinnen/Ärzte auf Anfrage einen Befundbericht erhalten.
- Ich möchte, dass folgende mitbehandelnde Ärztinnen/Ärzte einen Befundbericht über die durchgeführten Untersuchungen erhalten.

Dieburg,

Ort, Datum

Unterschrift (bei minderjährigen Patienten die eines Erziehungsberechtigten)