



Liebe Patientin, lieber Patient.

Herzlich willkommen in der Praxis Dr. Eickel. Bitte unterstützen Sie uns, indem Sie unsere Fragen sorgfältig und wahrheitsgemäß beantworten. So helfen Sie uns bei der richtigen Diagnose und Therapiewahl, damit wir Ihnen die bestmögliche Behandlung und Betreuung zukommen lassen können.

Derzeitige Beschwerden

Hämorrhoiden	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Stuhlentleerungsstörung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Analschmerz	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Stuhlinkontinenz	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Anale Blutung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Sonstiges:	_____	

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? (Name und Dosierung)

	<input type="checkbox"/> ja	welche: _____	<input type="checkbox"/> nein
Blutverdünner:	<input type="checkbox"/> ja	welche: _____	<input type="checkbox"/> nein
Blutdrucksenker:	<input type="checkbox"/> ja	welche: _____	<input type="checkbox"/> nein
Immunsuppression:	<input type="checkbox"/> ja	welche: _____	<input type="checkbox"/> nein
Sonstige:	_____		

Frühere Endoskopien:

Frühere Operationen

Körperlicher Zustand, Lebensgewohnheiten

Körpergröße _____ cm Körpergewicht _____ kg

Haben Sie in letzter Zeit Gewicht verloren? Ja, _____ kg seit _____ nein

Trinken Sie regelmäßig Alkohol ja nein

Allergie / Unverträglichkeit nein
 (z.B. Hautausschlag / Juckreiz)

Ja, welche _____

Leiden oder litten Sie an einer der folgenden Krankheiten

1. Infektionen			<input type="checkbox"/> Nein
Immunsuppression durch Medikamente	<input type="checkbox"/> ja		
Multiresistente Erreger (MRSA o.ä.)	<input type="checkbox"/> ja		
Abwehrschwäche (HIV/Hepatitis C / o. ä.)	<input type="checkbox"/> ja		
2. Atemwegserkrankungen			<input type="checkbox"/> Nein
Asthma	<input type="checkbox"/> ja	Chronische Bronchitis	<input type="checkbox"/> ja
Tuberkulose	<input type="checkbox"/> ja	Lungenblähung (Emphysem)	<input type="checkbox"/> ja
Staublunge	<input type="checkbox"/> ja	Lungenentzündung	<input type="checkbox"/> ja
3. Augenerkrankungen			<input type="checkbox"/> Nein
Sehstörungen, grauer oder grüner Star	<input type="checkbox"/> ja	Tragen Sie eine Brille?	<input type="checkbox"/> ja

Bielefeld, den _____
 Datum

 Unterschrift



4. Herzkreislaferkrankungen				Nein	
Herzinfarkt, Herzrhythmusstörungen, Herzklappenfehler	<input type="checkbox"/>	Zu höher oder niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/>		
Herzschwäche	<input type="checkbox"/>	Durchblutungsstörungen (an den Armen, Beinen oder im Gehirn)	<input type="checkbox"/>		
5. Blut- und Blutgefäßerkrankungen				Nein	
Blutarmut, Leukämie	<input type="checkbox"/>	Erhöhte Blutungsneigung (Blutgerinnungsstörungen)	<input type="checkbox"/>		
Venenentzündungen (Thrombophlebitis)	<input type="checkbox"/>	Thrombose (Blutgerinnselbildung in den Venen)	<input type="checkbox"/>		
Embolie (Schlagaderverschluss durch verschleppte Blutgerinnsel)	<input type="checkbox"/>				
6. Erkrankungen des Verdauungstraktes				Nein	
Bauchspeicheldrüsenentzündung (Pankreatitis)	<input type="checkbox"/>	Gallensteine, Gallenblasenentzündung	<input type="checkbox"/>		
Lebererkrankungen (z.B. Gelbsucht, Hepatitis, Zirrhose)	<input type="checkbox"/>	Magenerkrankungen (z.B. Gastritis, Geschwür, Refluxkrankheit)	<input type="checkbox"/>		
Chronische Darmerkrankungen (z.B. Morbus Crohn, Colitis ulcerosa, Sigmadivertikel)	<input type="checkbox"/>	Darmverschluss	<input type="checkbox"/>		
Darmblutungen	<input type="checkbox"/>				
7. Erkrankungen des Bewegungsapparat				Nein	
Wirbelsäulenschäden (Bandscheibenvorfall)	<input type="checkbox"/>	Gelenkerkrankungen	<input type="checkbox"/>		
Knochenerkrankungen (z.B. Osteoporose, häufige Knochenbrüche, Entzündungen)	<input type="checkbox"/>	Muskelerkrankungen / Muskelschwäche	<input type="checkbox"/>		
8. Nieren- und Harnwegserkrankungen				Nein	
Nierensteine	<input type="checkbox"/>	Nierenentzündungen	<input type="checkbox"/>		
Geschwulst	<input type="checkbox"/>	Nierenbeckenentzündung	<input type="checkbox"/>		
Chronische Niereninsuffizienz	<input type="checkbox"/>				
9. Weitere Erkrankungen				Nein	
Schilddrüse: Kropf, Über- oder Unterfunktion	<input type="checkbox"/>	Leisten, Bauchwand, Narbenbrüche	<input type="checkbox"/>		
Neurodermitis, Ausschläge, Eiterungen, Ekzeme	<input type="checkbox"/>	Diabetes / Stoffwechselerkrankungen	<input type="checkbox"/>		
Wundinfektionen / Entzündungen	<input type="checkbox"/>	Lymphsystem, z.B. Lymphdrüsenanschwellung	<input type="checkbox"/>		
Vergiftungen	<input type="checkbox"/>				
10. Leiden Sie gelegentlich oder häufig an folgenden Beschwerden				Nein	
Appetitlosigkeit	<input type="checkbox"/>	Schluckstörungen	<input type="checkbox"/>		
Sodbrennen	<input type="checkbox"/>	Bauchschmerzen	<input type="checkbox"/>		
Blähungen / Verdauungsstörungen	<input type="checkbox"/>	Brechreiz / Erbrechen	<input type="checkbox"/>		
Durchfälle	<input type="checkbox"/>	Verstopfung	<input type="checkbox"/>		
Atemnot (Belastung / in Ruhe)	<input type="checkbox"/>	Darmblutungen	<input type="checkbox"/>		
Koliken	<input type="checkbox"/>	Probleme beim Wasserlassen	<input type="checkbox"/>		
Überschießende Narbenbildung oder verzögerte Wundheilung	<input type="checkbox"/>	Infektionen (Hepatitis, HIV, TBC)	<input type="checkbox"/>		
11. Fragen speziell an Frauen					
Wann war Ihre letzte Regelblutung			Könnte derzeit eine Schwangerschaft bestehen?		<input type="checkbox"/>
Störungen / Schmerzen während oder zwischen der Regelblutung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Bielefeld, den _____
 Datum

 Unterschrift