



# Patientenanamnese

Sehr geehrter Patient,

herzlich willkommen in der Klinik für Allgemeinchirurgie und Koloproktologie im Klinikum Bielefeld. 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

## Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? (Name und Dosierung)

## 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

## Frühere Verletzungen (bitte ankreuzen)

Bauchverletzungen            Knochenbrüche        
Brustverletzungen            Verätzungen, Verbrennungen     

## Leiden oder litten Sie an einer der folgenden Krankheiten

Allergie / Unverträglichkeit (z.B. Hautausschlag / Juckreiz)      Ja, welche \_\_\_\_\_       nein

### 1. Erkrankungen des Immunsystems

Abwehrschwäche / HIV / AIDS       ja       nein

### 2. Atemwegserkrankungen

Asthma	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Chronische Bronchitis	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Tuberkulose	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Lungenblähung (Emphysem)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Staublunge	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Lungenentzündung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

### 3. Augenerkrankungen

Sehstörungen, grauer oder grüner Star       ja       nein      Tragen Sie eine Brille?       ja       nein



## 4. Herzkreislaferkrankungen

Herzinfarkt, Herzrhythmusstörungen,  
Herzklappenfehler

ja	nein
----	------

Zu höher oder niedriger Blutdruck

ja	nein
----	------

Herzschwäche

ja	nein
----	------

Durchblutungsstörungen  
(an den Armen, Beinen oder im Gehirn)

ja	nein
----	------

## 5. Blut- und Blutgefäßerkrankungen

Blutarmut, Leukämie

ja	nein
----	------

Erhöhte Blutungsneigung  
(Blutgerinnungsstörungen)

ja	nein
----	------

Venenentzündungen (Thrombophlebitis)

ja	nein
----	------

Thrombose  
(Blutgerinnselbildung in den Venen)

ja	nein
----	------

Embolie (Schlagaderverschluss durch verschleppte  
Blutgerinnsel)

ja	nein
----	------

## 6. Erkrankungen des Verdauungstraktes

Bauchspeicheldrüsenentzündung  
(Pankreatitis)

ja	nein
----	------

Gallensteine, Gallenblasenentzündung

ja	nein
----	------

Lebererkrankungen (z.B. Gelbsucht, Hepatitis,  
Zirrhose)

ja	nein
----	------

Magenerkrankungen (z.B. Gastritis, Geschwür,  
Refluxkrankheit)

ja	nein
----	------

Chronische Darmerkrankungen (z.B. Morbus  
Crohn, Colitis ulcerosa, Sigmadivertikel)

ja	nein
----	------

Darmverschluss

ja	nein
----	------

Darmblutungen

ja	nein
----	------

## 7. Erkrankungen des Bewegungsapparates

Wirbelsäulenschäden (Bandscheibenvorfall)

ja	nein
----	------

Gelenkerkrankungen

ja	nein
----	------

Knochenerkrankungen (z.B. Osteoporose,  
häufige Knochenbrüche, Entzündungen)

ja	nein
----	------

Muskelerkrankungen / Muskelschwäche

ja	nein
----	------

## 8. Nieren- und Harnwegserkrankungen

Nierensteine

ja	nein
----	------

Nierenentzündungen

ja	nein
----	------

Geschwulst

ja	nein
----	------

Nierenbeckenentzündung

ja	nein
----	------

Chronische Niereninsuffizienz

ja	nein
----	------

## 9. Weitere Erkrankungen

Schilddrüse: Kropf, Über- oder  
Unterfunktion

ja	nein
----	------

Leisten, Bauchwand, Narbenbrüche

ja	nein
----	------

Neurodermitis, Ausschläge, Eiterungen,  
Ekzeme

ja	nein
----	------

Diabetes / Stoffwechselerkrankungen

ja	nein
----	------

Wundinfektionen / Entzündungen

ja	nein
----	------

Lymphsystem, z.B.  
Lymphdrüsenanschwellung

ja	nein
----	------

Vergiftungen

ja	nein
----	------

## 10. Leiden Sie gelegentlich oder häufig an folgenden Beschwerden

Appetitlosigkeit

ja	nein
----	------

Schluckstörungen

ja	nein
----	------

Sodbrennen

ja	nein
----	------

Bauchschmerzen

ja	nein
----	------

Blähungen / Verdauungsstörungen

ja	nein
----	------

Brechreiz / Erbrechen

ja	nein
----	------

Durchfälle

ja	nein
----	------

Verstopfung

ja	nein
----	------

Atemnot ( Belastung / in Ruhe )

ja	nein
----	------

Darmblutungen

ja	nein
----	------

Koliken

ja	nein
----	------

Probleme beim Wasserlassen

ja	nein
----	------

Überschießende Narbenbildung oder  
verzögerte Wundheilung

ja	nein
----	------

Infektionen ( Hepatitis, HIV, TBC )

ja	nein
----	------

## 11. Fragen speziell an Frauen

Wann war Ihre letzte Regelblutung

ja	nein

Könnte derzeit eine Schwangerschaft  
bestehen?

ja	nein
----	------

Störungen / Schmerzen während oder  
zwischen der Regelblutung

Bielefeld, den \_\_\_\_\_

Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient