

# Patientenfragebogen

## Darmspiegelung (Koloskopie)

**gastro**medic

Dr. med. Malte Grubitzsch  
Internist und Gastroenterologe

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Sehr geehrter Patient, sehr geehrte Patientin,  
wir bitten Sie, uns im Vorfeld einige Angaben zu Ihrer Vorgeschichte zu geben.

1. Liegt bei Ihnen eine oder mehrere der folgenden Erkrankungen vor?

- Herzinfarkt       Schlaganfall       Bluthochdruck       Zuckerkrankheit  
 Darmerkrankungen    Lebererkrankungen    Nierenerkrankungen    Grüner Star  
 Atemwegserkrankungen       Krebsleiden

Andere (z.B. Rheuma u.ä.): \_\_\_\_\_

2. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente gegen folgende Erkrankungen ein?

- Diabetes (Insulin-Spritzen oder Tabletten)       Schilddrüse       Herz  
 Bluthochdruck       Glaukom (Augentropfen)    Schmerzmittel  
 Antidepressiva       Magen-Darm-Mittel (z.B. Säureblocker)  
 Blutgerinnungsstörungen (Marcumar, Aspirin, ASS, Plavix/Iscover)  
(Zutreffendes unterstreichen)

Andere: \_\_\_\_\_  
(Bitte Medikamente notieren, ggfls. auch die Rückseite benutzen)

3. Sind bei Ihnen Spiegelungen oder Operationen durchgeführt worden?

- Magenspiegelung       Darmspiegelung       Gallenwegsspiegelung (ERCP)  
 Blinddarm       Magen/Darmoperation       Gallenblase  
 Unterleib       Herz (z.B. Bypass-Op, Stent, Schrittmacher)  
 Andere Operationen (z.B. künstliche Gelenke)

Andere: \_\_\_\_\_  
(Bitte andere Operationen notieren, ggfls. auch die Rückseite benutzen)

4. Trinken Sie regelmäßig Alkohol?    Nein    Ja    Wenig

5. Rauchen Sie?    Nein    Ja, ca. \_\_\_\_\_ Zigaretten pro Tag.

6. Erkrankungen in der Familie (insbesondere Krebserkrankungen)?    Nein    Ja

Falls ja, welche: \_\_\_\_\_

7. Bestehen Allergien (z.B. gegen Soja oder Erdnüsse) oder Arzneimittelunverträglichkeiten?

Nein    Ja   Falls ja, welche: \_\_\_\_\_

8. Besteht eine Schwangerschaft?    Nein    Ja

9. Ihr Körpergewicht: \_\_\_\_\_ kg

Nur für Patienten, die sich in unserer Praxis zu einer Darmspiegelung (Koloskopie) vorstellen:  
Falls bei Ihnen im Rahmen der Spiegelung bestimmte Erkrankungen (z.B. Polypen) festgestellt werden, ist eine regelmäßige Nachsorge erforderlich. Wir bieten Ihnen an, Sie in ein automatisches Erinnerungssystem aufzunehmen, um eine zeitgerechte Kontrolluntersuchung sicherzustellen.

Ich bin damit einverstanden in das Erinnerungssystem aufgenommen zu werden:    Ja    nein

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

\_\_\_\_\_  
Datum