

Patientenfragebogen Magenspiegelung (Gastroskopie)

gastromedic

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

Anmerkungen:

Unterschrift

Datum