

Name: _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

wir bitten Sie, uns im Vorfeld einige Angaben zu Ihrer Vorgeschichte zu geben.

1. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente gegen folgende Erkrankungen ein?

- | | | | |
|--|---|--|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Diabetes (Insulin-Spritzen oder Tabletten) | <input type="checkbox"/> Schilddrüse | <input type="checkbox"/> Herz | |
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Glaukom (Augentropfen) | <input type="checkbox"/> Schmerzmittel | <input type="checkbox"/> Rheuma |
| <input type="checkbox"/> Antidepressiva | <input type="checkbox"/> Magen-Darm-Mittel | <input type="checkbox"/> Lebererkrankungen | <input type="checkbox"/> Lunge |
| <input type="checkbox"/> Verminderung der Blutgerinnung (z.B. Marcumar, Phenprocoumon, Pradaxa, Xarelto, Aspirin, ASS, Plavix/Iscover/Clopidogrel)
(Zutreffendes unterstreichen). | | | |

Weitere Medikamente:

(Bitte Medikamente notieren, ggfls. auch die Rückseite benutzen)

2. Sind bei Ihnen Spiegelungen oder Operationen durchgeführt worden?

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Magenspiegelung | <input type="checkbox"/> Darmspiegelung | <input type="checkbox"/> Gallenwegspiegelung (ERCP) |
| <input type="checkbox"/> Blinddarm | <input type="checkbox"/> Magen/ Darmoperation | <input type="checkbox"/> Gallenblase |
| <input type="checkbox"/> Unterleib/ Prostata | <input type="checkbox"/> Herz (z.B. Bypass-Op, Stent, Schrittmacher) | |
| <input type="checkbox"/> Andere Operationen (z.B. künstliche Gelenke) | | |

Andere: _____

(Bitte andere Operationen notieren, ggfls. auch die Rückseite benutzen)

3. Trinken Sie regelmäßig Alkohol? Nein Ja Wenig

4. Rauchen Sie? Nein Ja

5. Besteht eine Beeinträchtigung der Blutgerinnung oder kriegen Sie schnell blaue Flecken?
 Nein Ja

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

Falls bei Ihnen im Rahmen der Spiegelung bestimmte Erkrankungen (z.B. Polypen, Darmkrebs) festgestellt werden, ist eine regelmäßige Nachsorge erforderlich. Wir bieten Ihnen an, Sie in ein automatisches Erinnerungssystem aufzunehmen, um eine zeitgerechte Kontrolluntersuchung sicherzustellen. Zusätzlich möchten wir Sie per SMS an ihren Termin erinnern.

Ich bin damit einverstanden in das Erinnerungssystem aufgenommen zu werden.

Ja Nein

Unterschrift

Datum