

Der Patientin/dem Patienten
ausgehändigt am:

Dr. med. Gerhard Herold

Facharzt für Innere Medizin und Gastroenterologie, Proktologie

Lindenstraße 1
89165 Dietenheim

Tel. (07347) 919494
Fax (07347) 919495

Fragebogen für Patienten (Endoskopie / Proktologie)

Sehr geehrte(r), liebe(r) Patient(in),

Bei Ihnen soll entweder eine Magen- oder eine Dickdarmspiegelung, oder eine Enddarmspiegelung / -Therapie durchgeführt werden. Bitte beantworten Sie uns zu unserer und Ihrer eigenen Sicherheit folgende wichtige Fragen (alle Angaben sind selbstverständlich freiwillig):

Sind Sie mit der Übersendung eines Arztbriefes an Ihren **Hausarzt**, und
ggfs. zusätzlich an Ihren **überweisenden Arzt** einverstanden ? **Ja r Nein r**
Ja r Nein r

Bei einem Kontroll-bedürftigen Untersuchungsbefund: Sind Sie mit einem
Erinnerungs-Anschreiben zum erforderlichen Zeitpunkt einverstanden ? **Ja r Nein r**

Nehmen Sie Blutgerinnungs-**hemmende** Medikamente, wie z.B. **r ASS**,
r Clopidrogel, Iscover, Plavix, r Heparin, Gingko biloba Extrakte ? **Ja r Nein r**

Nehmen Sie andere, Blutgerinnungs-verdünnende Medikamente, z.B.
Marcumar, Warfarin, etc. ? **Ja r Nein r**

Ist bei Ihnen eine Blutungsneigung (z.B. Bluter-Krankheit) bekannt ? **Ja r Nein r**

Verreisen Sie in den **folgenden 2 Wochen** weiter weg / ins Ausland ? **Ja r Nein r**

Haben Sie eine medikamentöse Therapie wegen erhöhtem Blutdruck ? **Ja r Nein r**

Haben Sie eine Insulin-pflichtige Zuckerkrankheit ? **Ja r Nein r**

Haben Sie eine nachgewiesene ausgeprägte Herzkranzgefäß-Enge ? **Ja r Nein r**

Haben Sie einen Herzklappenfehler, oder eine künstliche Herzklappe ? **Ja r Nein r**

Haben Sie eine Nierenfunktions-Schwäche, Niereninsuffizienz ? **Ja r Nein r**

Haben Sie eine nachgewiesene Allergie / Überempfindlichkeit (z.B.
Medikamente, Pflaster, Latex, r Sojaweiß-Bestandteile, etc.) ? **Ja r Nein r**

Besteht **r** ein Restless legs-Syndrom, oder **r** ein Krampfanfallsleiden ? **Ja r Nein r**

Ist ein **r** Kunstgelenk (Endoprothese) eingebaut worden **r re. / r li.** ?
oder arbeitet Ihr Herz mit einem **r** Schrittmacher ? **Ja r Nein r**

Ist ein grüner Star (Glaukom) bekannt ? **Ja r Nein r**

Bei Männern: vergrößerte Prostata **MIT** Neigung zu Harnverhalt ? ? **Ja r Nein r**

Leiden Sie an einer Infektionskrankheit (z.B. **Hepatitis B, C; AIDS, etc.**) ? **Ja r Nein r**

Wird bei Ihnen **augenblicklich** eine Chemotherapie durchgeführt ? **Ja r Nein r**

Bei Frauen: Wurde bei Ihnen die Gebärmutter entfernt ? **Ja r Nein r**

Leiden Sie unter **sehr stark ausgeprägter** Stuhl-Verstopfung ? **Ja r Nein r**

Bei Frauen im **gebärfähigen** Alter: könnten Sie schwanger sein ? **Ja r Nein r**

Bitte beachten Sie auch die Informationen auf der Rückseite.

Patient(in) : Datum:

(Name, Vorname, Geburtsdatum)