

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** **Nein**

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

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

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

Ist bei Ihnen eine Leberzirrhose bekannt ? **Ja** **Nein**

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

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

Haben Sie eine Zuckerkrankheit ? **Insulin-** / **Metformin-** pflichtig ? **Ja** **Nein**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Bitte beachten Sie auch die Informationen auf der Rückseite.

Patient(in) : Datum:
(Name, Vorname, Geburtsdatum)

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), Seite 2 (von 2)

Sehr geehrte(r), liebe(r) Patient(in),
Bitte beantworten Sie uns, ergänzend zur Vorderseite, zu unserer und vor allem zu **Ihrer eigenen Sicherheit** folgende wichtige Fragen (alle Angaben sind selbstverständlich freiwillig):

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

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

Haben Sie Zahnfleischbluten ohne ersichtlichen Grund (Zähneputzen) ? ... **ohne die Einnahme von Blutgerinnungs- hemmenden Mitteln !** **Ja** **Nein**

Haben Sie „blaue Flecken“ (Hämatome) oder kleine Blutungen auf der Haut ohne Erinnerung an ein Trauma am Körper oder an einer anderen ungewöhnlichen Stelle gehabt ? ... **ohne die Einnahme von Blutgerinnungs- hemmenden Mitteln !** **Ja** **Nein**

Haben Sie den Eindruck, dass Sie nach kleinen Verletzungen verlängert bluten (z.B. beim Rasieren)? ... **ohne die Einnahme von Blutgerinnungs- hemmenden Mitteln !** **Ja** **Nein**

Für Frauen: Haben Sie den Eindruck, dass Sie eine verlängerte Menstruationsblutung (<7 Tage) haben oder sehr häufig Tampons bzw. Binden wechseln müssen)? ... **ohne die Einnahme von Blutgerinnungs- hemmenden Mitteln !** **Ja** **Nein**

Haben Sie verlängerte oder schwere Blutungen während oder nach einer Zahntfernung gehabt ? ... **ohne die Einnahme von Blutgerinnungs- hemmenden Mitteln !** **Ja** **Nein**

Haben Sie verlängerte oder schwere Blutungen während oder nach Operationen gehabt (z.B. Mandeloperation, Blinddarmoperation, Geburt)? ... **ohne die Einnahme von Blutgerinnungs- hemmenden Mitteln !!** **Ja** **Nein**

Haben Sie Blutkonserven oder Blutprodukte während einer Operation erhalten ? **Ja** **Nein**

Besteht in ihrer Familie (Eltern, Geschwister, Kinder, Großeltern, Onkeln, Tante) eine Erkrankung mit vermehrter Blutungsneigung **Ja** **Nein**

(www.sggssg.ch, adaptiert nach Koscielny et al, 2004)

Bitte beachten Sie auch die Informationen auf der Vorderseite.

Falls Sie überprüfen möchten, ob bei Ihnen evtl. ein erhöhtes Darmkrebsrisiko im Rahmen einer familiären Belastung vorliegt, können Sie das anhand einiger weniger Fragen konkretisieren.
Haben Sie Interesse an einem zusätzlichen Fragebogen, der Ihnen darüber Aufschluss geben kann ?

Dann fragen Sie einfach bei unseren Mitarbeiterinnen nach, gerne werden Sie Ihnen diesen Fragebogen aushändigen.

(interne Info: AV- AP- Patienten-Fragebogen für Risiko familiärer Darmkrebs; © Praxis Dr. Herold)