



# Medizinischer Fragebogen (Gastroenterologie)

## Kontaktdaten

Vorname:

Nachname:

Straße, Hausnummer:

PLZ, Ort:

Land:

Telefonnummer:  tagsüber  abends

Email-Adresse:

## Angaben zu Ihrer Person

Geschlecht:  Frau  Mann

Geburtsdatum:

Größe:

Aktuelles Gewicht:

Bislang höchstes Gewicht:

## Medizinische Fragen

Welchen medizinischen Eingriff möchten Sie vornehmen lassen?

Welche operativen Eingriffe hatten Sie bereits? (Bitte mit Angabe des Jahres)

Wurden eine oder mehrere Eingriffe unter Narkose durchgeführt? (lokale Anästhesie, Vollnarkose) Falls ja, wann und welche?

Ja

Nein

Gab es bei einem oder mehreren Eingriffen Komplikationen während oder nach der Operation?

Ja

Nein

Gab es Komplikationen oder Nebenwirkungen bei einer Vollnarkose? Falls ja, welche?

Ja

Nein

Wie entwickeln sich ihre Narben nach einer Operation? Bitte spezifizieren Sie. (dünne Narbenlinie oder gefärbte Narbe oder hervortretende Verwucherung auf dem Narbengewebe / der Haut.)

**Bitte beantworten Sie die nachstehenden Fragen mit Ja oder Nein. Falls Sie Ja ankreuzen, ergänzen Sie bitte eine kurze Erklärung.**

Wurden Sie früher oder werden Sie zurzeit wegen einer Herzerkrankung behandelt? (Kurzatmigkeit, Schmerzen in der Brust, Schwellungen der Beine, einen Herzinfarkt, Herzrhythmusstörung)	Ja	Nein
Wurden Sie früher oder werden Sie zurzeit wegen Bluthochdruck behandelt?	Ja	Nein
Leiden Sie an Asthma?	Ja	Nein
Hatten Sie je eine Lungentuberkulose oder Lungenentzündung? (falls ja, wann?)	Ja	Nein
Wurden Sie früher oder werden zurzeit wegen Diabetes Mellitus (Diät, Tabletten, Insulin) behandelt?	Ja	Nein
Werden Sie wegen Schilddrüsenproblemen behandelt?	Ja	Nein
Wurden Sie je aufgrund einer Nierenerkrankung (Infektionen, Nephrolithen - Nierensteine) behandelt?	Ja	Nein
Leiden Sie unter Prostata-Problemen?	Ja	Nein
Wurden Sie je aufgrund einer Lebererkrankung (Hepatitis, Mononukleose) behandelt?	Ja	Nein
Leiden Sie unter Magen- oder Zwölffingerdarmgeschwüren?	Ja	Nein
Leiden Sie an Krampfadern oder Venenentzündungen (Thrombose, Embolien)?	Ja	Nein
Leiden Sie an einer neurologischen Erkrankung? (Epilepsie, Muskelschwäche, Kopfschmerzen, Lähmungen von Nerven, Zustand nach dem Schlaganfall, Borreliose oder Operation der Bandscheiben)	Ja	Nein
Leiden Sie unter Schlafproblemen? Falls ja, unter welchen? (z. B. Schnarchen, Müdigkeit nach dem Aufwachen, Einschlafen tagsüber, Atemstillstand, Schlafapnoe).	Ja	Nein
Stehen Sie zur Zeit unter Stress?	Ja	Nein
Werden Sie gegen Glaukom behandelt?	Ja	Nein

Haben Sie schon einmal länger geblutet als gewöhnlich? (nach einer Zahnextraktion, Nasenbluten, nach einer Verletzung)	Ja	Nein
Erhielten Sie je eine Bluttransfusion?	Ja	Nein
Hatten Sie je ein Screening zwecks einer Krebserkrankung? Männer: Prostata-Screening, Darmkrebs Frauen: Brust-Screening, Gebärmuttermunderkrankung mit Abstrich, Darmkrebs	Ja	Nein
Hatten Sie je eine Onkologiebehandlung (Behandlung aufgrund einer Krebserkrankung)?	Ja	Nein
Haben Sie im letzten Jahr an Gewicht verloren? (Wenn ja, wie viel?) War die Abnahme geplant (z. B. Diät)?	Ja	Nein
Hatten Sie eine Bestrahlungstherapie?	Ja	Nein
Hatte jemand in Ihrem Familienumfeld Komplikationen während oder nach einer Operation (z. B. unerklärlicher Tod)?	Ja	Nein
Spüren Sie nach dem Kaffeetrinken ein Taubheitsgefühl um den Mund?	Ja	Nein
Haben Sie lockere Zähne, einen abnehmbaren Zahnersatz oder Zahnbrücken?	Ja	Nein

### Fragen zu COVID-19

Sind Sie bereits an Covid-19 erkrankt? Falls ja, wann?	Ja	Nein
Waren Sie bereits wegen Covid-19 hospitalisiert? Falls ja, wann und wie lange?	Ja	Nein
Sind Sie gegen Covid-19 geimpft?	Ja	Nein

### Fragen zu Gewohnheiten / Verhaltensweisen

Rauchen Sie, trinken Sie Alkohol oder haben Sie irgendwelche anderen relevanten Gewohnheiten (z. B. nehmen Sie Schlafabletten)?	Ja	Nein
---	----	------

Falls Sie gegenwärtig rauchen, wie viele Zigaretten rauchen Sie pro Tag?

Zigaretten pro Tag

Falls Sie mit Rauchen aufgehört haben: wann haben Sie aufgehört? (Monat / Jahr)

Wenn Sie Alkohol trinken, wie viele Einheiten trinken Sie pro Woche? (eine Einheit = ein halber Liter Bier oder ein kleines Weinglas, ein Schnapsglas)

Einheiten Bier pro Woche  
Einheiten Wein pro Woche  
Einheiten Alkohol pro Woche

### Fragen zu hormoneller Medikation / Schwangerschaft

Haben Sie schon hormonelle Medikamente eingenommen (Prednison, Triamcinolon, Cortison)?	Ja	Nein
Sind Sie schwanger oder versuchen Sie schwanger zu werden?	Ja	Nein
Hatten Sie bereits eine Geburt - wenn ja, wie viele?	Ja	Nein
Hatten Sie bereits einen Kaiserschnitt? Falls ja, wie viele und in welchem Jahr?	Ja	Nein
Nehmen Sie Antikonzeptionsmedikamente ein?	Ja	Nein

### Fragen zu Allergien / Medikamenten / Psychischen Erkrankungen

Sind Sie gegen etwas allergisch?	Ja	Nein
Haben Sie eine Nahrungsmittelallergie?	Ja	Nein
Haben Sie unbehandelte medizinische Probleme?	Ja	Nein
Welche Medikamente nehmen Sie derzeit ein? Name, Stärke, Dosierung.	Ja	Nein
Für Gewichtsverlustbehandlung: Besuchen Sie einen Psychologen und / oder Psychiater?	Ja	Nein
Waren Sie schon einmal in einer psychiatrischen Klinik hospitalisiert? Falls ja, wann, wie lange und was welchem Grund? Welche Medikamente haben Sie eingenommen oder nehmen Sie jetzt?	Ja	Nein
Nehmen Sie Psychopharmaka? Falls ja, aus welchem Grund, wie lange und welche Art von Psychopharmaka?	Ja	Nein
Benötigen Sie während Ihres Klinikaufenthaltes eine spezielle Hilfe? (z. B. Rollstuhl, Pflege, Ausrüstung)	Ja	Nein

**Fragen zu Ihren Essgewohnheiten**

Sind Sie Vegetarier oder Veganer?	Ja	Nein
Wie viel Obst essen Sie täglich?		Kilogramm pro Tag
Wie viel Gemüse essen Sie täglich?		Kilogramm pro Tag
Wie oft essen Sie wöchentlich Fisch?		Mal pro Woche
Wie oft essen Sie wöchentlich rotes Fleisch (Rind-, Lamm-, Schweinefleisch)?		Mal pro Woche
Wie viele Gläser (250ml) Wasser trinken Sie täglich?		Gläser täglich
Treiben Sie regelmäßig Sport?	Ja	Nein

**Ich habe alle Fragen verstanden und nach bestem Wissen beantwortet.**

Um sich mit den Ärzten vor Ort unterhalten zu können, ist es notwendig, dass Sie Deutsch, Englisch, Slowakisch oder Tschechisch sprechen.

Name in Druckschrift

Unterschrift