

Anamnesebogen

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

1. Warum kommen Sie zur Darmspiegelung?

- Vorsorgeuntersuchung (keine Beschwerden)
 Kontrolle nach Polypenabtragung
 Nachsorge bei Z.n. Darmkrebs
 Kontrolle bei familiärer Darmkrebsbelastung
 Abklärung von Blutarmut (Anämieabklärung)
 okkultes Blut im Stuhl (positiver iFOB-Test)
 Verlaufskontrolle bei chronisch-entzündlicher Darmerkrankung
 Ich habe Beschwerden:

- Bauchschmerzen leicht / mittel / stark wie häufig _____ seit wann _____
 Durchfall wie viele Stuhlgänge /Tag? _____ seit wann _____
 Verstopfung wie häufig Stuhlgang/ Woche? _____ seit wann _____
 Stuhlunregelmäßigkeiten / wechselnd: _____ seit wann _____
 sichtbares Blut im Stuhl
 Blut am Toilettenpapier
 selten Blut im Stuhl (bei <50% der Stuhlgänge)
 häufig Blut im Stuhl
 auch Blut ohne Stuhl seit wann _____
 Sonstiges

2. Hatten Sie schon einmal eine Darm- oder Magenspiegelung?

- Darmspiegelung:**
 Wann und wo wurde diese durchgeführt? _____
 Befundbericht dabei? liegt vor? Ja Nein
 Magenspiegelung:
 Wann und wo wurde diese durchgeführt? _____
 Befundbericht dabei? liegt vor? Ja Nein

3. Sind folgende Erkrankungen bekannt?

- Herzerkrankung Nein Ja
 Bypass-OP Nein Ja
 Stents Nein Ja
 Künstliche Herzklappe Nein Ja
 Herzschrittmacher Nein Ja
 Defibrillator Nein Ja
 Vorhofflimmern Nein Ja
 andere Rhythmusstörung Nein Ja, welche: _____
 Asthma bronchiale Nein Ja
 COPD Nein Ja
 Schlaf-Apnoe-Syndrom Nein Ja
 Diabetes mellitus Nein Ja
 Niereninsuffizienz Nein Ja
 Bluthochdruck Nein Ja
 Schlaganfall Nein Ja
 Leistenbruch Nein Ja
 Grüner Star Nein Ja
 Blutungsneigung Nein Ja
 Ansteckende Krankheit Nein Ja
 Hepatitis Nein Ja
 HIV Nein Ja
 Andere Erkrankungen:
 Sonstiges:

4. Hatten Sie bisher Operationen im Bauchraum oder Hüftgelenkersatz?

- Nein Ja
- Blinddarm
- Gebärmutterentfernung
- Hüft-Operation
- Gallenblasenentfernung
- Darmresektion: _____

5. bekannte Blutungsneigung (z.B. Nachblutungen bei Operationen aufgetreten?)

- Nein Ja, welche: _____

6. Sind Allergien gegen Medikamente oder Lebensmittel (z.B. Nuss, Soja) bekannt?

- Nein Ja

Welche?: _____

7. Sind in Ihrer Familie Darmkrebserkrankungen oder andere Krebserkrankungen bekannt?

- Nein Ja

Welche und bei welchem Familienmitglied (z.B. Oma, Mutter, Onkel)?

8.. Nur von Frauen auszufüllen:

Sind Sie schwanger? Nein Ja

Nehmen Sie Verhütungsmittel ein? Nein Ja

Welche? _____

Wie viele Geburten hatten Sie?

spontan, Anzahl: _____

Kaiserschnitt, Anzahl: _____

keine

9. Sedierung / Schlafspritze

Ich möchte bei der Untersuchung schlafen

Ich möchte die Untersuchung wach durchführen lassen

10. Welche Medikamente nehmen Sie ein? Falls ein Medikamentenplan vorhanden ist geben Sie diesen bitte ab, ansonsten tragen Sie Ihre Medikamente in folgende Tabelle ein:

Name des Medikamentes:	Dosis (z.B. mg/ml):	Einnahme Vorschrift:

Medikamentenplan liegt vor

11. Gerinnungshemmende Medikamente:

ASS Clopidogrel Iscover Plavix

Marcumar

Eliquis Pradaxa Xarelto Lixiana

Ort, Datum: _____

Unterschrift Patient: _____