Dr. med. Marcus Pichler Dr. med. Oliver Müller Fachärzte für Innere Medizin Gastroenterologie und Hepatologie Infektiologie (DGI)

Maybachstr.50 70469 Stuttgart Feuerbach Tel. 0711 – 87 51 71

## Patientenfragebogen

Bitte füllen Sie den folgenden Fragebogen aus. Wir benötigen auch eine Telefonnummer unter der sie jederzeit erreichbar sind, falls es z.B. zu Terminverschiebungen kommen sollte.

Name	Vorname	Geburtsdatum
Telefon (mobil)		
Hausarzt (Name, Adresse)		
d bei Ihnen bereits Erkrankungen d	es Bauches bekannt? _	
etwa wann haben sie Beschwerde	n?	
er welchen Beschwerden leiden Sie	e? (bitte ankreuzen)	
Schluckstörung	O Unterbauch	nschmerzen
Übelkeit	O Blähbauch	
Erbrechen	O Durchfall	
Oberbauchschmerzen	O Verstopfung	g
Sodbrennen	O Blut im Stu	
Völlegefühl	O Appetitverl	ust
Gewichtsverlustkg seit	Monaten	
en die Beschwerden kurz nach bes	timmten Nahrungsmit	teln auf?
O Milch O Obst	O Kantinenessen	O
d bei <b>Verwandten</b> Erkrankungen be	kannt, die erblich sein	könnten? Bei wem?
. Krebs von Magen, Darm, Bauchsp	eicheldrüse, Gebärmut	tter, Brust
bus Crohn / Colitis ulcerosa		
zte Magenspiegelung:	Erge	bnis:
rte Darmspiegelung:	Erge	ebnis:

Dr. med. Marcus Pichler Dr. med. Oliver Müller Fachärzte für Innere Medizin Gastroenterologie und Hepatologie Infektiologie (DGI)

Sind Sie schon einmal am Bauch operiert worden?

Maybachstr.50 70469 Stuttgart Feuerbach Tel. 0711 – 87 51 71

Operation: \_\_\_\_\_\_. Wann: \_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_. Wann: \_\_\_\_\_ Operation: \_\_\_\_\_ Spezielle Risiken: O Herzerkrankung, Herz-OP, Herzinfarkt?\_\_\_\_\_\_. Wann: \_\_\_\_\_\_. O Lungenerkrankung (COPD, Asthma) O Diabetes mellitus mit /ohne Insulin O Infektionserkrankung (Hepatitis, HIV, Tuberkulose?) O Allergien gegen Medikamente \_\_\_\_\_ O Glaukom (grüner Star) O Komplikationen bei früheren Eingriffen (Blutung, Thrmbose)\_\_\_\_\_ O Besteht eine Schwangerschaft? Bitte geben Sie die regelmäßig eingenommenen Medikamente an: Nehmen Sie eine Blutverdünnung ein? \_\_\_\_\_ Nehmen Sie Mittel gegen Diabetes ein? Andere Medikamente: \_\_\_\_\_ Alle ihre Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht! Informationen, die wir im Rahmen unsere Untersuchung oder Behandlung erheben, werden immer nur dem zuweisenden Arzt bzw. dem Hausarzt mitgeteilt. Wenn Sie auch dies nicht wünschen, weisen Sie uns ausdrücklich darauf hin! Wenn Sie möchten, dass wir eine Vertrauensperson über Ihren Gesundheitszustand informieren, tragen Sie hier den Namen der Person ein: Ihre Unterschrift..... Datum.....