

## ANAMNESEBOGEN

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

wir freuen uns sehr, Sie in unserer Praxis begrüßen zu dürfen.

Um Ihren Besuch optimal zu gestalten, benötigen wir Ihre Mithilfe. Wir bitten Sie, diesen Bogen gewissenhaft auszufüllen, damit wir möglichen Risiken vorbeugen können.

Alle Angaben unterliegen der Schweigepflicht des Arztes und seiner Mitarbeiter.

Ihr Praxis-Team vom MVZ Dr. Renard & Kollegen, der ZfG MVZ GmbH und ZfA MVZ GmbH

### PERSÖNLICHE ANGABEN

|                  |                    |              |
|------------------|--------------------|--------------|
| Name             | Vorname            | Geburtsdatum |
| Straße           | PLZ, Ort           |              |
| Telefon Festnetz | Telefon Mobil      | E-Mail       |
| Größe            | Gewicht            | Krankenkasse |
| Arbeitgeber      | Beruf/Tätigkeit    |              |
| Hausarzt         | Überweisender Arzt |              |

Bitte nennen Sie Ihre aktuellen Beschwerden oder den Grund für eine Behandlung in unserer Praxis:

#### Magen-Darm-Erkrankungen

- |                                                        |                                                               |
|--------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Bauchschmerzen   seit: _____  | <input type="checkbox"/> Verstopfung   seit: _____            |
| <input type="checkbox"/> Blähungen   seit: _____       | <input type="checkbox"/> Durchfall (> 3 x tgl.)   seit: _____ |
| <input type="checkbox"/> Sodbrennen   seit: _____      | <input type="checkbox"/> Darmblutungen   seit: _____          |
| <input type="checkbox"/> Gewichtsverlust   seit: _____ | <input type="checkbox"/> sonstige: _____                      |

- |                                                         |                                                     |                                                   |
|---------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Morbus Crohn                   | <input type="checkbox"/> Darmkrebs                  | <input type="checkbox"/> Colitis ulcerosa         |
| <input type="checkbox"/> Darmpolypen                    | <input type="checkbox"/> Refluxkrankheit/Sodbrennen | <input type="checkbox"/> Magengeschwüre/Gastritis |
| <input type="checkbox"/> Nahrungsmittel Intol.: _____   |                                                     | <input type="checkbox"/> Helicobacterbehandlungen |
| <input type="checkbox"/> Voroperationen/sonstige: _____ |                                                     | <input type="checkbox"/> perianale Blutung(en)    |

#### Leber-/Gallenkrankheiten

- |                                            |                                               |                                          |
|--------------------------------------------|-----------------------------------------------|------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Leberwerterhöhung | <input type="checkbox"/> chronische Hepatitis | <input type="checkbox"/> Hepatitis A/B/C |
| <input type="checkbox"/> Fettleber         | <input type="checkbox"/> Gallensteine         | <input type="checkbox"/> Leberzirrhose   |
| <input type="checkbox"/> sonstige: _____   |                                               |                                          |

#### Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit)

- |                                                  |                                                   |                                           |
|--------------------------------------------------|---------------------------------------------------|-------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus Typ I | <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus Typ II | <input type="checkbox"/> insulinpflichtig |
|--------------------------------------------------|---------------------------------------------------|-------------------------------------------|

#### Lungenerkrankungen

- |                                            |                                                |                                          |
|--------------------------------------------|------------------------------------------------|------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Asthma bronchiale | <input type="checkbox"/> Chronische Bronchitis | <input type="checkbox"/> sonstige: _____ |
|--------------------------------------------|------------------------------------------------|------------------------------------------|

#### Herzkrankung/erhöhter Blutdruck

- |                                                             |                                             |                                                     |
|-------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Koronare Herzkrankheit             | <input type="checkbox"/> erhöhter Blutdruck | <input type="checkbox"/> Herzschwäche/-insuffizienz |
| <input type="checkbox"/> Vorhofflimmern                     | <input type="checkbox"/> Herzinfarkt        | <input type="checkbox"/> Herzschrittmacher          |
| <input type="checkbox"/> Herzklappenersatz   welcher: _____ |                                             |                                                     |
| <input type="checkbox"/> sonstige: _____                    |                                             |                                                     |

#### Nierenerkrankung

- |                                             |                                       |                                          |
|---------------------------------------------|---------------------------------------|------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Niereninsuffizienz | <input type="checkbox"/> Nierensteine | <input type="checkbox"/> sonstige: _____ |
|---------------------------------------------|---------------------------------------|------------------------------------------|

#### Sonstige

- |                                                                                       |                                            |                                                                             |
|---------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ohnmachtsanfälle                                             | <input type="checkbox"/> Leukämie/Lymphome | <input type="checkbox"/> Infektionskrankheiten<br>(z.B. HIV, Hep. B/C, Tbc) |
| <input type="checkbox"/> Künstliche Gelenke   welche: _____                           |                                            | <input type="checkbox"/> Epilepsie                                          |
| <input type="checkbox"/> Fam. Tumorerkrankungen bekannt? _____<br>(insbes. Darmkrebs) |                                            | <input type="checkbox"/> sonstige: _____                                    |

**Nehmen Sie eines der folgenden Medikamente ein? (wenn ja, bitte ankreuzen)**

- Marcumar    Xarelto    Lixiana    ASS    Plavix    Sintrom    Brilique  
 Phenpro    Pradaxa    Efient    Aspirin    Iscover    Eliquis    Clopidogrel  
 Ich nehme keine der o. g. Medikamente oder andere Gerinnungshemmer

**Bestehen allergische Reaktionen, Unverträglichkeiten von Medikamenten oder Spritzen**

welche: \_\_\_\_\_

**Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? (ggf. auch Rückseite nutzen)**

welche und wann: \_\_\_\_\_

- |                                         | ja                       | nein                     |                         |                        |
|-----------------------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------------|------------------------|
| Besteht eine Soja- o. Erdnuss-Allergie? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                         |                        |
| Besteht derzeit eine Schwangerschaft?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | wenn ja, Geburtstermin: | _____                  |
| Rauchen Sie?                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | wenn ja, wieviel:       | _____ /Tag seit: _____ |
| Trinken Sie regelmäßig Alkohol?         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | wenn ja, wieviel:       | _____ /Tag seit: _____ |
| Nehmen Sie Drogen?                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | wenn ja, welche:        | _____                  |

**Erhebung der Blutungsanamnese**

Ist bei Ihnen jemals eine Gerinnungsstörung festgestellt worden?

Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

- | Beobachten Sie folgende Blutungsarten, auch ohne Grund?        | ja                       | nein                     |
|----------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| • Nasenbluten (ohne erkennbare Ursache)                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Ist eine Thrombozytopenie bekannt?                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Gelenkblutungen/Blutungen in Weichteile oder Muskeln         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Beobachten Sie eine stark verzögerte Heilung von Wunden      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Beobachten Sie bei Wunden ein längeres Nachbluten            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Trat ein längeres/verstärktes Nachbluten beim Zahnziehen auf | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Trat eine verstärkte Blutung während oder nach einer OP auf  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Gab/Gibt es in Ihrer Familie Fälle von Blutungsneigung       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Punktförmige Blutungen                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?**

Internet:

- Stammpatient seit mind. 2 Jahren    Facebook / Instagram / TikTok  
 Im Vorbeigehen / Praxisschild    Google  
 Zeitung / örtl. Mitteilungsblatt    Jameda

Empfehlung:

- Privat  
 Arzt

Ich bin damit einverstanden, dass die Mitarbeiter unserer Praxen (MVZ Dr. Renard & Kollegen, ZfA MVZ GmbH und ZfG MVZ GmbH) mich wegen anstehenden Untersuchungen, Behandlungen, ärztlichen Befunden und weiteren Informationen per unverschlüsselter E-Mail und mittels anderen elektronischen Datenverkehr (z. B. SMS/Messenger) kontaktieren dürfen.

Mir ist dabei bekannt, dass diese Daten unter bestimmten Umständen durch Dritte abgefangen werden können oder das Risiko einer nicht korrekten Übermittlung an einen falschen Empfänger besteht. (ggf. streichen)

Ort, Datum

Unterschrift

www.zentrum-fuer-gastroenterologie.de

3

Stand: 27.06.2022