

Dr. med. Tania Walzer

Habsburgerstr. 105 • 79104 Freiburg
 Telefon 0761 - 33303, Fax 0761 - 23759
 info@die-gastropraxis.de

Name, Vorname: Geb.Datum:.....
 Telefon (privat): (dienstlich):..... Mobiltelefon:
 Beruf/ Arbeitgeber: Email:

Versicherung: gesetzlich privat privat mit Beihilfe / Post B

Besondere Versicherungsbedingungen (Basistarife): Dieser Arzt soll den Befundbericht erhalten:
 Hausarzt:.....
 Arzt:.....

Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand möglichst sorgfältig, damit wir möglichen Risiken vorbeugen können!

Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden streng vertraulich behandelt.

| Herz-/ Kreislaufkrankungen: | | Infektiöse Erkrankungen: | |
|--|---|--|---|
| Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | HIV Infektion/AIDS | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Herzklappenfehler/OP/Schrittmacher | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Hepatitis | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Koronare Herzkrankheit | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Tuberkulose | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Anfallsleiden (Epilepsie) | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Allergien bzw. Unverträglichkeiten: | |
| Asthma/Lungenerkrankungen: | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Betäubungsmittel | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Blutgerinnungsstörungen: | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Antibiotika | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Diabetes/Zuckerkrankheit | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Schmerzmittel | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Drogenabhängigkeit | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Soja/Erdnüsse | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Nierenerkrankungen | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Hühnereiweiß | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Lebererkrankungen | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Nahrungsmittel | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Stoffwechselkrankheiten | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Latex | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Bauchoperationen | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Sonstige: | |
| Sonstige Erkrankungen? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Wenn ja, welche | |
| Besteht eine Schwangerschaft? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Wenn ja, welcher Monat? | |
| Gibt es familiäre Magen- oder Darmkrebserkrankungen? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Wenn ja, welche? | |
| Wurde bei Ihnen bereits eine Magen- oder Darmspiegelung durchgeführt? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Wenn ja, wann/wo? | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig bzw. zur Zeit? (Blutverdünner wie Marcumar, ASS, Plavix, Iscover, Pille, etc.). Medikamentenpläne bitte an der Anmeldung abgeben. | | | |
| Gab es Unverträglichkeitsreaktionen bei Operationen ? | | Wenn ja, wann/wie/wo? | |
| Besteht/Bestand bei Ihnen eine Krebserkrankung? | | Wenn ja, welche/wann/wo? | |
| Körpergewicht in kg: | | Körpergröße in cm: | |
| Ich leide unter: | | Sonstige Beschwerden | |
| Schluckstörungen | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Herz/Kreislauf | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Bauchschmerzen | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Atemwege | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Blähungen | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Bewegungsapparat | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Durchfällen | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Schlafstörungen | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Verstopfung | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Schnarchen | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Blutungen | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Ohnmachtsanfälle | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Stuhlunregelmäßigkeiten | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | | |
| Appetitlosigkeit | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | | |
| Gewichtsab-/zunahme | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | | |
| Rauchen Sie? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Wenn ja, Mengenangabe pro Tag: | |
| Trinken Sie Alkohol? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Wenn ja, Mengenangabe pro Tag: | |
| Auslandaufenthalte | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Wenn ja: wo, besonders Tropenaufenthalte. | |
| Ich bin beschwerdefrei. | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | | |
| Sonstige Beschwerden - Beschreiben Sie mit Ihren eigenen Worten Ihre Beschwerden: | | | |
| Wann haben die Beschwerden erstmals begonnen? | | | |
| Was führt zu einer Verschlechterung, was zu einer Verbesserung der Beschwerden ? | | | |
| Was ist Ihrer Meinung nach die Ursache der Beschwerden? | | | |

Ich erkläre mich mit der elektronischen Speicherung und Bearbeitung meiner Daten sowie dem Berichtversand per Fax, Brief, Mail einverstanden.

Ich verpflichte mich, über alle Änderungen, die sich während der gesamten Behandlungszeit ergeben, umgehend Mitteilung zu machen. Zusätzlich verpflichte ich mich, vereinbarte Behandlungstermine zu Endoskopien einzuhalten bzw. mindestens 4 Arbeitstage vor dem vereinbarten Termin abzusagen, ansonsten wird mir das Ausfallshonorar der Untersuchung in Rechnung gestellt.

Freiburg, den

Unterschrift: