

Anlage

Magen- Darm- Erkrankungen

Name, Vorname Kunde

Geburtsdatum

Wie lautet die ärztliche Bezeichnung Ihrer Erkrankung? (z.B. Gastritis, chron. Darmerkrankung (Colitis ulcerosa, Morbus Chron), Refluxkrankheit)

Unter welchen Beschwerden haben Sie gelitten bzw. leiden Sie noch? (z.B. Appetitlosigkeit, Übelkeit, Erbrechen, Sodbrennen, Schmerzen, Durchfälle, Teerstühle, Blut im Stuhl, etc.)

Erstmaliges Auftreten der Beschwerden? (Monat/Jahr)

Dauer der Beschwerden? (von ... bis ...)

Sind Sie völlig beschwerdefrei? ja, seit:

Nein, Rückfälle sind aufgetreten am:

Werden/wurden Sie mit Medikamenten behandelt? (z.B. Kortison)

Ja, von bis Nein

Wenn ja, welche Medikamente und welche Dosierung?

Nehmen Sie regelmäßig alkoholische Getränke zu sich? Ja Nein

Wenn ja, Art und Menge pro Tag?

Rauchen Sie? Ja Nein

Wenn ja, seit

Wie viel Stück pro Tag?

Wurde der Erreger „Helicobacter pylori“ festgestellt? Ja Nein

Wurde eine Magen- oder Darmspiegelung vorgenommen? Ja Nein

Bitte behandelnden Arzt und Anschrift angeben

Wurde eine Operation durchgeführt oder ist eine Operation vorgesehen? Ja Nein

Bitte behandelnden Arzt und Anschrift angeben

Wurde eine Strahlenbehandlung oder Chemotherapie durchgeführt? Ja Nein

Bitte Zeitpunkt, behandelnden Arzt und Anschrift angeben

Wann fand die letzte Kontrolluntersuchung statt? Ergebnis:

WG1079-10_20140625

Ort, Datum

Unterschrift Kunde