



chirurgie



endoskopie



proktologie

PROF. DR. MED. WERNER KAUER

# AUFNAHMEBOGEN

Name	_____	Vorname	_____	
Adresse	_____	Telefon	_____	
PLZ Ort	_____	Handy	_____	
Geb.-Datum	_____	Email	_____	
Krankenkasse	_____	<input type="checkbox"/> privat	<input type="checkbox"/> Standard	<input type="checkbox"/> Basistarif
		<input type="checkbox"/> gesetzlich		
Hausarzt	_____	Überweiser	_____	

## Aktuelle Beschwerden:

- keine       Vor-/Nachsorgeuntersuchung
- Seit wann haben Sie Beschwerden:     1-7 Tage     2-4 Wochen     2-6 Monate
- Afterschmerzen**                       gelegentlich     dauernd     nach dem Stuhlgang
- Blutabgang**                               am Toilettenpapier     auf dem Stuhl     tropfend
- Nässen im Afterbereich**
- Juckreiz im Afterbereich**
- Knoten / Vorfall am After**             nach dem Pressen     geht spontan zurück  
 kann zurückgedrückt werden     bleibt ständig
- Stuhlentleerungsstörung**             Häufigkeit    \_\_\_mal / Tag bzw. \_\_\_mal / Woche  
 Verstopfung     Durchfall     unvollständige Entleerung
- Inkontinenz**                               für Windeln     flüssigen Stuhl     festen Stuhl
- Bauchschmerzen**                       **Bauchkrämpfe**                       **Blähungen**
- Magenschmerzen**                       **Sodbrennen**                               **Schluckstörung**





chirurgie



endoskopie



proktologie

PROF. DR. MED. WERNER KAUER

letzte Magenspiegelung \_\_\_\_\_

letzte Darmspiegelung \_\_\_\_\_

letzte proktologische Untersuchung \_\_\_\_\_

Stuhlbluttest (z.B. Hämooccult, RIDASCREEN)  nicht gemacht  
 positiv  
 negativ

**Sonstiges:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Krankengeschichte:**

Nein Ja

Leiden Sie unter

Herzkrankungen (z.B. Herzinfarkt, Herzfehler, Herzmuskelentzündung)

Infektionskrankheiten (z.B. Hepatitis, AIDS)

Allergien (wenn ja, welche \_\_\_\_\_)

Nehmen Sie Medikamente zur Blutgerinnungshemmung ein?  
(z.B. Aspirin (ASS), Marcumar, Plavix, Xarelto)

Gibt es in Ihrer Familie Darmkrebserkrankungen?

Warum haben Sie unsere Praxis ausgewählt?

Überweisung Haus-/Facharzt  Empfehlung (z.B. Familie/Bekannte)

Internetsuche (bitte Suchbegriff angeben) \_\_\_\_\_

Jameda  Sonstiges \_\_\_\_\_

Ich bestätige, vorherige Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht zu haben.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass meine Befunde an meine mitbehandelnden Ärzte weitergeleitet werden dürfen (Brief, Fax, Telefon, Email). Selbstverständlich kann ich diese Einverständniserklärung, auch in Teilen, jederzeit widerrufen.

München, den \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_