



Anamnese

Nachname, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Email-Adresse: _____

Anschrift : _____

Telefon: _____ Krankenkasse: _____

Beruf: _____

Überweisender Arzt, Anschrift: _____

Ihr Gewicht? _____ kg Größe? _____ cm

1. Sind Sie schwanger? 0 ja (. Woche) 0 nein

2. Neigen Sie zu Nachblutungen? 0 ja 0 nein

4. Ist bei Ihnen eine Allergie bekannt?
Wenn ja, wogegen? _____

5. Hatten Sie Bauch-Operationen (z. B. Blinddarm, Galle etc.)? _____

6. Litten oder leiden Sie unter folgenden Erkrankungen:

Herzerkrankung? Welche? _____ 0 ja 0 nein

Haben Sie einen Herzschrittmacher/Defibrillator? 0 ja 0 nein

Glaukom (Erhöhter Augeninnendruck)? 0 ja 0 nein

Epilepsie? 0 ja 0 nein

Lungenkrankheit (COPD, Asthma)? 0 ja 0 nein

Lebererkrankung? 0 ja 0 nein

Zuckerkrankheit? 0 ja 0 nein

Nierenerkrankung? 0 ja 0 nein

7. Nehmen Sie Medikamente ein? 0 ja 0 nein
Welche? Dosierung? _____

8. HIV-Test 0 positiv 0 nicht getestet 0 negativ

9. Hepatitis B Antigen positiv 0 positiv 0 nicht getestet 0 negativ

10. Sonstiges? _____

- Ich wurde darüber aufgeklärt, dass nach Verabreichung einer Sedierungsspritze Verkehrsuntauglichkeit bis zum Folgetag besteht.
- Ich bin damit einverstanden, dass das ärztliche Aufklärungsgespräch auch telefonisch erfolgen kann.
- Ich entbinde die Mitarbeiter/innen des Gastroenterologischen Zentrums insoweit von der Schweigepflicht, als dass Sie meiner Begleitperson/Abholung Auskunft über meinen Praxisaufenthalt geben dürfen.
- Ich erkläre mich einverstanden, an ggf. erforderlich werdende/ärztlich empfohlene Kontrolluntersuchungen ohne Aufforderung bis auf Widerruf erinnert zu werden. Bitte informieren Sie mich schriftlich.

Wir übermitteln standardmäßig die Befund- und Behandlungsdaten an Ihre (mit-)behandelnden Ärzte.
(Falls nicht gewünscht, bitte streichen.)

Datum

Unterschrift