

PATIENTENBEFRAGUNG

Proktologisches Institut Stuttgart



Proktologisches Kompetenzzentrum (BCD)

Name:

Geburtsdatum:

Straße, Hausnr.:

PLZ, Wohnort:

Telefonnr.:

Beruf:

Email:

Empfehlung / Überweisung durch: Dr. Ort:

Hausarzt: Dr. Ort:

Krankenversicherung: gesetzlich privat Krankenkasse:

Krankenhaus-Zusatzversicherung: nein ja Krankenkasse:

Haupt-Beschwerden am Enddarm : Seit wann:Tage / Wochen / Monate / Jahre

Blutung Schmerzen Juckreiz Brennen Nässen Knoten

Stuhlhalteschwäche (Stuhlinkontinenz) Stuhlentleerungsschwierigkeit

Stuhlgang:

normal (geformt, weich) Verstopfung (fest, hart) Durchfall (dünn, flüssig)

Häufigkeit Stuhlgang:mal pro Tag odermal pro Woche

Darmspiegelung (Coloskopie) bisher erfolgt:

nein ja: Dr. Ort: wann:

Ergebnis: unauffällig Polypen Divertikel (Aussackungen) sonstiges

Vorbehandlung am Enddarm:

nein ja: Dr. Ort: wann:

Erkrankung: Behandlung:

Darm-/ Enddarm-Operationen:

Vorerkrankungen:

Allergien:

Blutverdünnende Medikamente: keine Marcumar / Xarelto / Eliquis Aspirin / ASS

Sonstige Medikamente:

Schwangerschaft / Entbindungen: keine ja: Anzahl:

Dammschnitt / Dammriss: nein ja

Familiäre Darmerkrankungen (bei Geschwistern, Eltern; z.B. bösartige Tumore, Morbus Crohn oder Colitis ulcerosa):

nein / nicht bekannt ja: Erkrankung wer: