

# 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 oder .....mal 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: .....