

	JA	NEIN
Private Zusatzversicherung		
ambulant	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
stationär	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Für privat-versicherte Patienten		
Sind Sie im sog. „Basistarif“?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Liebe Patientin, lieber Patient,

um den organisatorischen Ablauf und das persönliche Arztgespräch zu erleichtern, beantworten Sie bitte - soweit möglich - die folgenden Fragen. Bitte lesen Sie auch die ausgehändigte grüne Patienteninformation durch und unterschreiben Sie unten das Formular.

Krankenkasse bzw. Krankenversicherung

Name (Hauptversicherter)

Vorname

Geburtsdatum

Name (Mitversicherter)

Vorname

Geburtsdatum

Straße/Haus-Nr.

PLZ/Ort

Telefon mit Vorwahl Privat

Telefon mit Vorwahl Arbeitgeber

E-Mail

Beruf

überweisender Arzt (Bericht an diesen!)

Haben Sie derzeit Enddarmbeschwerden? JA NEIN

seit Tagen
 seit Wochen
 seit Jahren

Leiden Sie unter Schmerzen? JA NEIN

bei oder nach dem Stuhlgang
 andauernd
 in Form von ständigem Druckgefühl, Fremdkörpergefühl

Haben Sie Blutspuren festgestellt? JA NEIN

am Toilettenpapier
 dem Stuhl aufgelagert
 an der Unterwäsche
 helles Blut dunkles Blut

Spüren Sie Brennen? JA NEIN

Nässen? JA NEIN
Juckreiz? JA NEIN

Haben Sie Knoten am After ertastet? JA NEIN

Wie oft haben Sie Stuhlgang?

..... mal pro Tag mal pro Woche

Ist der Stuhl hart
 weich-geformt
 breiig
 wässrig
 häufig wechselnd

Ist die Stuhlentleerung schwierig? JA NEIN

Nehmen Sie Abführmittel? JA NEIN

Welche?

Seit wann?

Haben Sie unkontrollierbaren Abgang von JA NEIN

Winden? JA NEIN
Schleim? JA NEIN
flüssigem Stuhl? JA NEIN
festem Stuhl? JA NEIN

Haben Sie Bauchschmerzen? JA NEIN

Gibt es in Ihrer Verwandtschaft Darmkrebs? JA NEIN

Leiden Sie unter Medikamentenallergie? JA NEIN

Gegen welche?

Benutzen Sie bereits Salben oder Zäpfchen? JA NEIN

Welche?

Leiden Sie unter einer sonst. Allgemeinerkrankung? JA NEIN

Welche?

Sind Sie schwanger? JA NEIN

Liegt eine HIV-Infektion oder Aids-erkrankung vor? JA NEIN

Wurden Sie bereits am Enddarm untersucht? JA NEIN

Austastung mit Finger
 „große“ Darmspiegelung
 Dickdarm-Röntgen

Wurden Sie bereits am Enddarm behandelt? JA NEIN

Verödung
 Infrarotbehandlung
 Gummibandligatur
 Operation

Nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente (Marcumar, ASS oder ähnliches)? JA NEIN

Ich wurde auf das EDZ aufmerksam durch:

Hausarzt Zeitung, Werbung
 Facharzt Internet
 Freunde/Familie anderes:
 War schon Patient

Die grüne Patienteninformation habe ich erhalten und gelesen. Ich habe hierzu keine Fragen.

Gemäß § 73 Abs. 1b SGB V willige ich hiermit ein, dass meine behandelnden Ärzte einen Befund erhalten und die bei mir festgestellten Befunde an mitbehandelnde Ärzte per Brief, Fax oder e-mail weitergeleitet werden dürfen. Ich bin ebenfalls damit einverstanden, dass das EDZ Mhm. meine Daten allen Mitarbeitern der Praxis / Klinik offenlegt, sofern dies zu meiner Behandlung erforderlich ist. Ich bin darüber unterrichtet, dass alle Mitarbeiter zur Verschwiegenheit verpflichtet sind und eine Schweigepflichterklärung unterzeichnet haben.

Datum

Unterschrift