



## Anamnese

Nachname, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Anschrift : \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

Überweisender Arzt, Anschrift: \_\_\_\_\_

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

2. Letzte Röntgenaufnahme? \_\_\_\_\_

3. Neigen Sie zu Nachblutungen? 0 ja 0 weiß nicht 0 nein

4. Sind Sie allergisch? 0 ja 0 weiß nicht 0 nein  
Welche Stoffe? \_\_\_\_\_

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

6. Litten oder leiden Sie unter folgenden Erkrankungen:

Herzerkrankungen? Welche? \_\_\_\_\_ 0 ja 0 weiß nicht 0 nein

Hoher Blutdruck? 0 ja 0 weiß nicht 0 nein

Niedriger Blutdruck? 0 ja 0 weiß nicht 0 nein

Asthma? Tuberkulose? 0 ja 0 weiß nicht 0 nein

Gelbsucht? Hepatitis? 0 ja 0 weiß nicht 0 nein

Zuckerkrankheit? 0 ja 0 weiß nicht 0 nein

Nierenerkrankung? 0 ja 0 weiß nicht 0 nein

Rheuma? 0 ja 0 weiß nicht 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? \_\_\_\_\_

0 Ich wurde darüber aufgeklärt, dass nach Verabreichung einer Sedierungsspritze Verkehrsuntauglichkeit besteht.

0 Ich entbinde die Mitarbeiter/innen des Gastroenterologischen Zentrums insoweit von der Schweigepflicht, als dass Sie meiner Begleitperson/Abholung Auskunft über meinen Praxisaufenthalt geben dürfen.

0 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