



Prof. Dr. med. Hüser · Prof. Dr. med. Kauer

Aufnahmebogen

Name	_____	Vorname	_____
Straße / Nr.	_____	Telefon	_____
PLZ / Ort	_____	Handy	_____
Geb.-Datum	_____	E-Mail	_____
Krankenkasse	_____	<input type="radio"/> privat <input type="radio"/> Standard <input type="radio"/> Basistarif	
Hausarzt	_____	<input type="radio"/> gesetzlich	
		Überweiser	_____

aktuelle Beschwerden

- keine Vor-/Nachsorgeuntersuchung
- Beschwerden seit 1-7 Tagen 2-4 Wochen 2-6 Monaten
- Afterschmerzen** gelegentlich dauernd nach dem Stuhlgang
- Blutabgang** am Toilettenpapier auf dem Stuhl tropfend
- Nässen am Afterbereich**
- Juckreiz am Afterbereich**
- Knoten / Vorfall am After** nach dem Pressen geht spontan zurück
 kann zurückgedrückt werden bleibt ständig
- Stuhlentleerungsstörung** Häufigkeit ____ mal / Tag bzw. ____ mal / Woche
 Verstopfung
 Durchfall
 unvollständige Entleerung
- Inkontinenz** für Winde für flüssigen Stuhl für festen Stuhl
- Bauchschmerzen** **Bauchkrämpfe** **Blähungen**
- Magenschmerzen** **Sodbrennen** **Schluckstörungen**



Aufnahmebogen

Prof. Dr. med. Hüser · Prof. Dr. med. Kauer

letzte Magenspiegelung _____

letzte Darmspiegelung _____

letzte proktologische Untersuchung _____

Stuhlbluttest (z.B. Hämooccult) nicht gemacht positiv negativ

Sonstiges

Krankengeschichte

Leiden Sie unter nein ja

Herzerkrankungen (Herzinfarkt, Herzfehler, Herzmuskelentzündung o.ä.)

Infektionskrankheiten (Hepatitis, HIV/AIDS o.ä.)

Allergien

wenn ja, welche _____

Nehmen Sie Medikamente zur Blutgerinnungshemmung ein

wenn ja, welche _____

Gibt es in Ihrer Familie Darmkrebserkrankungen

Wir würden gerne wissen, warum Sie unsere Praxis ausgewählt haben

Überweisung Haus-/Facharzt Empfehlung Internetrecherche _____

Ich bestätige, die Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht zu haben.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass meine Befunde an meine mitbehandelnden Ärzte*innen weitergeleitet werden dürfen (Brief / Fax / Telefon / Mail). Selbstverständlich kann ich diese Einverständniserklärung, auch in Teilen, jederzeit widerrufen.

Ort _____ Datum _____ Unterschrift _____