

Fragebogen Endoskopieuntersuchung

Name: _____ Geburtsdatum: _____ Datum der Befragung: _____

Warum soll bei Ihnen eine Untersuchung durchgeführt werden?

Hatten Sie schon einmal eine der erwähnten Untersuchung?

Nein Ja, Koloskopie Gastroskopie beides

Wenn ja, wann und wo?

Mit welchem Ergebnis?

Gibt es bei Ihnen in der Familie Krebs im Verdauungstrakt? Ja Nein

Wenn ja, bei wem, in welchem Alter aufgetreten, welche Krebsart?

Haben Sie Bauchschmerzen?

Nein Ja, Oberbauch Unterbauch beides

Wenn ja, in welcher Art und wie oft?

Seit wann haben Sie diese Beschwerden?

Leiden Sie unter Durchfall oder Verstopfungen? Ja Nein

Wenn ja, wie oft? Durchfall auch nachts?

Leiden Sie unter Sodbrennen? Ja Nein

Leiden Sie unter Übelkeit? Ja Nein

Leiden Sie unter Erbrechen? Ja Nein

Leiden Sie unter Schluckstörungen? Ja Nein

Sind Ihre Beschwerden essensabhängig? Ja Nein

Wie ist Ihr Stuhlgang?

Welche Medikamente nehmen Sie ein?

- 1.
 - 2.
 - 3.
 - 4.
 - 5.
 - 6.
-

Haben Sie eine infektiöse Erkrankung (Hepatitis / HIV)? Ja Nein

VOR ORT GUT VERSORGT.

1