

FRAGEBOGEN REIZDARM

Sehr geehrte Patientin, Sehr geehrter Patient,
 Sie stellen sich in unserem Reizdarm-Ambulatorium vor. Um Ihre Beschwerden bestmöglich abklären und Ihre Symptomatik lindern zu können, dürfen wir Sie bitten diesen Fragebogen auszufüllen. Sie helfen uns damit schon vor dem ersten direkten Kontakt von Beginn an eine Einschätzung Ihrer Erkrankung sowie eine zeitnahe Planung weiterer sinnvoller Untersuchungsschritte vornehmen zu können. Bitte bringen Sie diesen Fragebogen zusammen mit eventuell vorhandenen Vorbefunden zur ersten Besprechung mit. Selbstverständlich unterliegen alle Angaben der ärztlichen Schweigepflicht und den allgemeinen Datenschutzrichtlinien.

Nachname: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

1. Welche Symptome liegen bei Ihnen vor und wie häufig treten diese auf?

	Täglich	Mehrmals pro Woche	Mehrmals pro Monat	Symptome bestehen seit:
<input type="radio"/> Durchfälle	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
<input type="radio"/> Verstopfung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
<input type="radio"/> Bauchschmerzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
<input type="radio"/> Bauchkrämpfe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
<input type="radio"/> Völlegefühl	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
<input type="radio"/> Blähungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
<input type="radio"/> Sonstiges:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____

2. Gibt es einen Auslöser für den Beginn der Beschwerden (z.B. eine Magen-Darm-Grippe)?

Mir sind die folgenden Auslöser bekannt nein, mir ist kein Auslöser bekannt

3. Wann wurde die letzte Magenspiegelung (Gastroskopie) oder Darmspiegelung (Coloskopie) gemacht ?

Gastroskopie _____ Coloskopie _____

4. Liegen bei Ihnen Nahrungsmittelunverträglichkeiten vor?

Ich habe die folgenden Unverträglichkeiten: nein, mir sind keine bekannt

FRAGEBOGEN REIZDARM

5. Nehmen Sie Medikamente für den Magen-Darm Trakt ein?

ja, ich nehme die folgenden Medikamente ein: nein

6. Haben Sie Blut im Stuhl oder schwarzen Stuhlgang bemerkt?

ja, ich habe Blut im Stuhl

ja, ich habe einen schwarzen Stuhlgang

7. Haben Sie ungewollt Gewicht verloren?

ja, ich habe Gewicht verloren

Gewichtsverlust in kg: _____

8. Sind bei Ihnen Vorerkrankungen bekannt?

ja, ich habe die folgenden Vorerkrankungen: nein

9. Wurden Sie im Bauchbereich operiert, und wann?

ja, ich wurde operiert:

Datum der OP: _____

10. Gibt oder gab es in Ihrer Familie Fälle von?

	Ja	Nein, weiß nicht
<input type="radio"/> Magenkrebs	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> Darmkrebs	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> Krebs der folgenden Organe: Dünndarm, Gebärmutter, Eierstöcke, Bauchspeicheldrüse, Gallenwege, ableitende Harnwege, Gehirn oder Talgdrüsen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> Chronisch entzündliche Magendarmmerkrankungen (Morbus Crohn, Colitis ulcerosa)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> Lebensmittelunverträglichkeiten / Allergien (zB. Laktoseintoleranz, Zöliakie)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> Andere Erkrankungen des Magendarmsystems	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> Erkrankungen der Leber	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> Andere Erkrankungen (Herz-Kreislauf, Autoimmunerkrankung u.ä.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
