gastropraxis
In besten Händen.

Etikett

# Anamnesebogen gastropraxis

1. Nehmen Sie Medikamente? Ja □ / Nein □
   Wenn ja, welche? _____

2. Nehmen Sie Medikamente zur **Blutverdünnung**? Ja □ / Nein □

3. Leiden Sie unter erhöhtem Augendruck **(Glaukom)?** Ja □ / Nein □

4. Sind Erkrankungen bei Ihnen bekannt? Ja □ / Nein □
   Wenn ja, welche? _____

5. Wurden Sie schon einmal am Magen oder Darm operiert? Ja □ / Nein □
   Wenn ja, was wurde operiert? _____

6. Wurden Sie schon einmal am Bauch (Gynäkologisch, Appendix, Galle, Leistenbruch, etc.) operiert? Ja □ / Nein □
   Wenn ja, was wurde operiert? _____

7. Haben Sie ein **künstliches Hüftgelenk**? Ja □ / Nein □

8. Haben Sie eine **Allergie** gegen Soja/ Erdnüsse oder Hühnereiweiss? Ja □ / Nein □

9. Hatten Sie schon einmal eine Magen- oder Darmspiegelung? Ja □ / Nein □

10. Gibt es in Ihrer Familie Magenkrebs? Ja □ / Nein □
    Wenn ja, wer ist betroffen? _____

11. Gibt es in ihrer Familie Darmkrebs? Ja □ / Nein □
    Wenn ja, wer ist betroffen? _____

12. Geben Sie bitte ihre Grösse _____cm und ihr aktuelles Gewicht _____kg an.

13. Wie kommen Sie nach der Untersuchung nachhause? _____

Datum: _____ Unterschrift: _____