

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. Rauchen sie? Ja, etwa _____ Zigaretten pro Tag Nichtraucher
13. Geben Sie bitte ihre Grösse _____ cm und ihr aktuelles Gewicht _____ kg an.
14. Wie kommen Sie nach der Untersuchung nachhause? _____

Datum: _____ Unterschrift: _____