

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Liebe Patientin, lieber Patient,

um das persönliche Arztgespräch zu erleichtern, bitten wir Sie, die folgenden Fragen – **soweit möglich** – zu beantworten. **Vielen Dank!**

Seit wann haben Sie Beschwerden?

seit Tagen seit Wochen seit Monaten seit Jahren

Leiden Sie unter Schmerzen im/am After?

nein bei oder nach dem Stuhlgang andauernd Druck oder Fremdkörpergefühl

Verspüren Sie

Brennen Juckreiz Nässen einen/mehrere Knoten eine Vorwölbung

Haben Sie Blutspuren festgestellt?

nein am Toilettenpapier dem Stuhl aufgelagert in der Toilette

Wie oft haben Sie Stuhlgang? pro Tag oder pro Woche

Der Stuhlgang ist geformt zu fest zu weich häufig wechselnd

Ist die Stuhlentleerung schwierig? ja nein

Nehmen Sie Abführmittel? ja nein Welche: Seit wann:

Wurde eine Darmspiegelung (Koloskopie) durchgeführt? ja nein Wann:

Gibt es in Ihrer Verwandtschaft Darmkrebs? ja nein Wer:

Haben Sie Vorerkrankungen? ja nein

Welche:

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? ja nein

Welche:

Sind Allergien oder Unverträglichkeiten bekannt? ja nein

Welche:

Datum: Unterschrift: