



## **Fragen vor der Darmspiegelung**

**Name, Vorname:** \_\_\_\_\_

**Geburtsdatum:** \_\_\_\_\_

Warum soll die Untersuchung durchgeführt werden:

Vorsorge?  Ja  Nein (zutreffendes bitte ankreuzen)

1. Darmspiegelung?  Ja  Nein

Wann war die letzte und wo? \_\_\_\_\_

Wurden Polypen entfernt?  Ja  Nein

Haben Sie Bauchbeschwerden?  Nein wenn ja: Wo im Bauch? Wann? Nach dem Essen? Wie?

Krampfartig / Druck / Stiche / Brennen / andauernd? \_\_\_\_\_

Stuhlgang: wie oft am Tag? \_\_\_\_\_ Durchfall  Ja  Nein

Verstopfung  Ja  Nein Blut- oder Schleimbeimengungen  Ja  Nein

### **Haben Sie Vorerkrankungen?**

Wenn ja: welche? \_\_\_\_\_

**!! Bitte geben Sie Ihren Medikamentenplan an der Anmeldung ab!!**

Blutverdünnende Medikation? Wenn ja: welche? \_\_\_\_\_

(z. B.: ASS / Plavix / Effient / Marcumar / Coumadin / Xarelto / Pradaxa / Eliquis/ ...)

Bauch-Operationen?  Ja  Nein

Wenn ja: welche? \_\_\_\_\_

Haben Sie Metallimplantate?  Ja  Nein

Wenn ja: welche? \_\_\_\_\_

Kommt Darmkrebs gehäuft in der Familie vor?  Ja  Nein

Wenn ja: < 50.Lebensjahr?  Ja  Nein

Haben Sie Allergien?  Ja  Nein

Wenn ja: welche: \_\_\_\_\_