



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? _____