



Sehr geehrte Patientin,
sehr geehrter Patient,

herzlich willkommen in der Privatsprechstunde von Prof. Dr. med. J. Labenz. Vor dem Arztgespräch möchten wir Sie bitten, einige Fragen zu beantworten.

PERSÖNLICHE DATEN

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Anschrift:

Telefon-Nr.:

Email:

Krankenkasse (ambulant/stationär):

Hausarzt:

Lifestyle-Faktoren:

Wie groß sind Sie?

.....cm

Wie schwer sind Sie?

.....kg

Rauchen Sie? Ja Nein

Wenn Ja, wie viele Zigaretten pro Tag rauchen Sie?.....

Seit wie vielen Jahren rauchen Sie?.....

Falls nein, haben Sie früher einmal geraucht? Ja Nein

Wie viele Zigaretten haben Sie pro Tag geraucht?

Trinken Sie Alkohol? Ja ...Nein

Falls ja, was und wie viel etwa pro Woche:





Symptomatik

An welchen Symptomen leiden Sie (bitte Schweregrad von 0-10 ankreuzen)?

STARKE:	0 kein(e)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 stark
Sodbrennen											
Saures Aufstoßen											
Rückfluss von Mageninhalt											
Bauchschmerz											
Brustschmerz											
Übelkeit											
Durchfall											
Verstopfung											
Blähungen											
Andere											

Wie lange leiden Sie schon unter den Beschwerden?.....Jahre

Welche bisherige Diagnostik wurde bei Ihnen bereits durchgeführt?

Magenspiegelung: Ja Nein

Wann:.....

Wo:.....

Befund:.....

Wurde Helicobacter pylori bei Ihnen mit Antibiotika behandelt? Ja Nein

Darmspiegelung: Ja Nein

Wann:.....

Wo:.....

Befund:.....

Andere Untersuchungen (z. B. Röntgen, CT):





Wie wurden die Beschwerden bisher therapiert?

Diät:.....

Medikamente (welche, Dosis).....

Wirkung der Medikamente:

Beschwerden beseitigt

Beschwerden gebessert

Kein Effekt

Seit wann nehmen Sie diese Medikamente ein?.....

Welche Nahrungsmittel vertragen Sie nicht?

Welche Vor- und Begleiterkrankungen haben Sie? Woran wurden Sie operiert?

Bitte geben Sie möglichst alle Medikamente an, die Sie aktuell einnehmen:

Präparat	Dosis	morgens	mittags	abends	zur Nacht	bei Bedarf

Gibt es Familienmitglieder mit einer Erkrankung des Verdauungstraktes, insbesondere Krebs?

Bemerkungen:

Ort/Datum

Unterschrift