

Name: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

## Fragebogen zur Darmspiegelung

Liebe Patientin, lieber Patient,  
damit wir uns einen Überblick über die Gründe für die  
Darmspiegelung und Ihre Vorerkrankungen ver-  
schaffen können, beantworten Sie bitte folgende  
Fragen (ankreuzen oder was hinschreiben):

Aus welchem Grund wird die Darmspiegelung bei  
Ihnen durchgeführt?

Vorsorge, ich habe keine Beschwerden

Ich habe folgende Beschwerden:

(bitte hier was hinschreiben)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Hatten Sie schon einmal eine Darmspiegelung?

nein  ja, wann ungefähr? \_\_\_\_\_

Haben Sie Durchfall?

nein  ja, seit ungefähr \_\_\_\_\_

Haben Sie Verstopfung?

nein  ja, seit ungefähr \_\_\_\_\_

Haben Sie einen Wechsel von Verstopfung und  
Durchfall?

nein  ja

Haben oder hatten Sie Blut im Stuhl gesehen?

nein  ja wie oft? \_\_\_\_\_

Haben Sie abgenommen?

nein  ja, ungefähr \_\_\_\_\_ kg

Hat in Ihrer Familie jemand eine Zöliakie (Allergie auf  
Gluten) oder eine chronisch-entzündliche  
Darmkrankheit?

nein

ja, folgende Erkrankung: \_\_\_\_\_

Ist von Ihren Blutsverwandten (Eltern, Geschwister,  
Großeltern, Tanten Onkel, Kinder) jemand an  
Darmkrebs erkrankt?

nein

ja, folgende(r) Verwandte(r):

\_\_\_\_\_

Haben oder hatten Sie hohen Blutdruck?

nein  ja

Haben Sie Herzerkrankungen? (bitte ankreuzen)

nein

ja:

ich hatte schon einmal Herzkatheter

ich hatte einen (oder mehrere) Herzinfarkt(e)

ich habe einen oder mehrere Stents

ich habe Bypässe

ich habe eine künstliche Herzklappe

ich habe Vorhofflimmern

sonstiges: \_\_\_\_\_

Haben Sie andere schwere Erkrankungen?

nein  ja wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente  
(Marcumar, Pradaxa, Xarelto, ASS, Clopidogrel,  
Aggrenox etc.)?

nein  ja wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Bitte schreiben Sie alle Medikamente auf, die Sie  
regelmäßig einnehmen (Wenn Sie diese nicht wissen,  
bringen Sie bitte zum Untersuchungstag eine  
Medikamentenliste mit):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Haben Sie eine Allergie?

nein  ja, gegen \_\_\_\_\_

Haben Sie, wenn Sie sich leicht stoßen, direkt blaue  
Flecken oder eine Bluterkrankheit in der Familie?

nein  ja

Hatten Sie eine Operation im Bauchbereich?

nein  ja, und zwar \_\_\_\_\_

Hatten Sie jemals eine Narkosekomplikation (z.B.  
Herzrhythmusstörungen, Wiederbelebung etc.)?

nein  ja

Unterschrift: \_\_\_\_\_