

**Proktologische Praxis  
am Hohenzollernpark**

**Dr. med. Andreas Verstege**  
Facharzt für Chirurgie  
-Proktologie-

Tel: 02361 960822-0  
Fax: 02361 960822-12

**ANAMNESEFRAGEBOGEN:**

Name/Vorname: \_\_\_\_\_

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

Adresse: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

Hausarzt: \_\_\_\_\_ Datum : \_\_\_\_\_

Haben Sie, wenn auch nur manchmal, **Blut** im Stuhl, am Toilettenpapier, in der Unterwäsche? (Bei Frauen außerhalb der Periode)  Nein  Ja

Hat sich Ihre **Darmfunktion** gegenüber früher deutlich verändert?  Nein  Ja

Operationen/ letzter Krankenhausaufenthalt: \_\_\_\_\_

Vorerkrankungen?: \_\_\_\_\_

Bluthochdruck	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja
Blutzuckerkrankheit	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja
Tumor-/Krebserkrankung	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja
Wenn ja welche?		

Nierenerkrankung	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja
Tuberkulose	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja
Hepatitis	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja
Asthma/ chron. Bronchitis	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja
Herzkrankheit	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja
Herzschrittmacher	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja
Anfallsleiden	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja
Depression	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja
Demenz / Alzheimer	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja
Rückenbeschwerden	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja
HIV / AIDS	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja
Blutgerinnungsstörung	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja

Infektionskrankheiten  Nein  Ja  
Wenn ja welche? \_\_\_\_\_

**ALLERGIEN** gegen?  
Lokalbetäubungsmittel  Nein  Ja  
Wenn ja welche? \_\_\_\_\_

Penicillin  Nein  Ja  
Nahrungsmittel  Nein  Ja  
Wenn ja welche? \_\_\_\_\_

Schmerzmittel  Nein  Ja  
Wenn ja welche? \_\_\_\_\_

Aspirin- Acetylsalicylsäure  Nein  Ja  
Sonstiges: \_\_\_\_\_

Leiden Sie unter Heuschnupfen  Nein  Ja  
Hauterkrankung  Nein  Ja

**Familienvorgeschichte:**

Darmkrebs  Nein  Ja  
Andere Krebsarten  Nein  Ja

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

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?  Nein  Ja  
Wenn ja welche? \_\_\_\_\_

Körpergröße (in cm) \_\_\_\_\_ Gewicht (in kg) \_\_\_\_\_

**Aktuelle Beschwerden** (bitte mit Zeitangaben): \_\_\_\_\_

**Für Frauen:** besteht eine Schwangerschaft ?  Nein  Ja  
Stillen Sie?  Nein  Ja