



GASTROENTEROLOGIE

klinische Unterstützung der Histologie

PATIENT / NAME: _____

Zutreffendes
bitte einringeln

Obstipation (Verstopfung)?	n j	seit wann:			
Diarrhoe (Durchfall)?	n j	seit wann: wässrig	dünflüssig	wie oft pro Tag: weich/ungeformt	wechselnd
Beschwerden	n j	Blähungen Tremor	Völlegefühl Kollaps	Sodbrennen Appetitlosigkeit	Schweißausbrüche Heißhunger Bulimie
Schmerzen - wo	n j	hinten Brustbein Oberbauch re/ li/ mitte	im Rücken re/li/mitte Unterbauch re/li/mitte	Schulterblatt re / li	Nabelgegend
Schmerzen - wann	n j	nüchtern	beim Essen	nach dem Essen	in der Nacht
Übelkeit/Erbrechen- wann	n j	nüchtern	beim Essen	nach dem Essen	in der Nacht
Gastro-Intestinal-Op.					
Ausschläge?	n j	Kopf Gesicht Frühjahr seit wann:	Bauch Brust Sommer	Rücken Arme Herbst	Beine Finger Zehen Winter
Allergien?	n j				
Wie ernährt sich der Patient?		Kantinenessen Eigenversorgung gemischte Kost	vor allem /nur:	Fleisch Vegetarier	fleischlos Mehlspeisen
Welche Speisen mag/ verträgt er nicht					
Psychische Belastung	n j	leicht	mittel	stark	
Haustiere?	n j				
Kontakt mit Tieren?	n j				
Fernreisen	n j	Asien Afrika Südamerika	Australien Tropen	Nordamerika	
Chronische Leiden		Zuckerkrankheit	Schilddrüse	Nieren	Blutdruck
Behandelt?	n j	womit:			
Einnahme von Antibiotika?	n j	welche: weshalb:		wie lange: wann die letzte:	
Andere Medikamente? Wofür ?		Colitis ulcerosa Morbus Crohn Verstopfung Magensäure	Bluthochdruck Herz Allergie	Depression/Nerven Hormone/Schilddrüse	
Darmspiegelung?	n j	wann:		Ergebnis:	
Magenspiegelung?		wann:		Ergebnis:	
Diverses		kürzliche Ernährungsumstellung Pille			