

## KANTPRAXIS- SCREENINGBOGEN „Magenspiegelung“

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

damit wir die Terminvergabe optimal gestalten können, bitten wir Sie um einige Vorabinformationen.

Bitte senden Sie den ausgefüllten Screening- Bogen per Fax, Mail oder Post zurück.

Fax: 88 71 44 619  
Postanschrift KANTPRAXIS  
Kurfürstendamm 42  
10719 Berlin  
eMail info@kantpraxis.de

Die Screening- Bögen werden von einem Facharzt für Gastroenterologie beurteilt. Die Termine werden je nach medizinischer Dringlichkeit vergeben. Eine telefonische Nachfrage Ihrerseits ist nicht erforderlich. Innerhalb der nächsten 10 Arbeitstage werden wir uns bei Ihnen per Telefon oder Mail zur Terminvereinbarung melden.

Sollten Sie innerhalb dieser Frist keine Rückmeldung von uns erhalten, sind momentan alle Termine in unserer Praxis vergeben.

Name,

Vorname: \_\_\_\_\_ geb. am: \_\_\_\_\_

Ich bin gesetzlich  bzw. privat  krankenversichert bei: \_\_\_\_\_

Faxnummer/ eMail- Adresse: \_\_\_\_\_

optional Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Ihre Praxis wurde mir empfohlen durch: \_\_\_\_\_

oder

ich wurde überwiesen von der Praxis \_\_\_\_\_

Mein Arzt hat folgende Verdachtsdiagnose: \_\_\_\_\_

Falls vorhanden, fügen Sie bitte eventuelle Vorbefunde bei.

Welche Beschwerden haben Sie?

Wann sind die Beschwerden erstmalig aufgetreten?

Ich nehme bereits wegen meiner Magenbeschwerden folgende Medikamente ein:

(wenn möglich, bitte mit Angabe der Einnahmedauer)

---

Welche Medikamente nehmen Sie zusätzlich ein:

---

Wurde/n bereits zu einem früheren Zeitpunkt eine Magenspiegelung/Magenspiegelungen durchgeführt?

Datum                                  Untersuchungsergebnis

---



---

Welche Aussagen über Ihre Beschwerden treffen zu?

Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an und geben die Häufigkeit pro Tag/Woche im entsprechenden Feld an.

	Gewichtsverlust (wie viel in welchem Zeitraum)
	Übelkeit, Erbrechen, Appetitlosigkeit
	Schluckbeschwerden
	Stuhlveränderungen (schwarzer Stuhl)
	auffällige Laborwerte (HB, Eisenwerte, Blutarmut)
	Blähungen
	Aufstoßen
	Sodbrennen, Rückfluss von Nahrung
	Schmerzen im Oberbauch

Weitere chronische Erkrankungen: \_\_\_\_\_

---

Größe in cm: \_\_\_\_\_ Gewicht in kg: \_\_\_\_\_

---

Datum                                  Unterschrift

Vielen Dank, dass Sie sich die Zeit genommen haben, unsere Fragen zu beantworten.

Mit herzlichen Grüßen

Ihr Team der KANTPRAXIS