Fragebogen vor Endoskopien

Liebe PatientInnen, zur bestmöglichen Vorbereitung der bei Ihnen geplanten Untersuchung bitten wir Sie um sorgfältige Beantwortung der folgenden Fragen. Sie helfen uns dabei, etwaige Risikofaktoren zu erkennen und die Sicherheit der Untersuchung zu erhöhen. Herzlichen Dank im Voraus ! Ihr Praxisteam

1. Die folgenden Fragen beziehen sich auf eine evtl. bestehende Blutungsneigung:	**ja**	**nein**
• Haben Sie Nasenbluten oder Zahnfleischbluten ohne ersichtlichen Grund?		
• Haben Sie gelegentlich „blaue Flecken“ (Hämatome) oder kleine Blutungen auf der Haut ohne erinnerliches Trauma?		
• Haben Sie den Eindruck, dass Sie nach kleinen Verletzungen (z.B. beim Rasieren) verlängert bluten oder eine verlängerte Menstruationsblutung (>7 Tage) haben?		
• Haben Sie verlängerte oder schwere Blutungen während oder nach einer Zahnentfernung oder nach Operationen (z.B. Mandeloperation, Geburt) gehabt?		
• Besteht in ihrer Familie (Eltern, Geschwister, Kinder, Großeltern, Onkeln, Tante) eine Erkrankung mit vermehrter Blutungsneigung?		
2. Nehmen Sie Medikamente zur Blutverdünnung ein wie z.B.		
• Marcumar (Phenpro, Falithron, Sintrom o.ä.)		
• ASS (Aspirin, Godamed, Spalt, Thomapyrin o.ä.)		
• Clopidogrel (Plavix, Iscover)		
• Heparin (Clexane, Fraxiparin o.ä.)		
• **Haben Sie in den letzten Tagen Grippe-, Schmerz- oder Rheumamittel wie Diclofenac oder Ibuprofen (Voltaren, Dolormin etc) eingenommen?**		
• Bitte notieren Sie uns alle sonstigen Medikamente, die Sie einnehmen:		
3. Bestehen Allergien oder Unverträglichkeiten • gegen Medikamente, (Antibiotika?), Pflaster, Latex oder örtliche Betäubungsmittel?		
• gegen Nüsse und/oder Soja?		
4. Leiden Sie an einer der folgenden Krankheiten - bitte unterstreichen Sie die Erkrankung!		
• Herzerkrankungen: Angina, Herzinfarkt, Herzklappenfehler, Herzrhythmusstörungen, Herzschwäche? Hatten Sie früher eine Herzklappenentzündung?		
• Tragen Sie einen Herzschrittmacher oder einen Defibrillator?		
• Kreislauferkrankungen: Bluthochdruck, Durchblutungsstörungen, Thrombosen, Embolien, Schlaganfall?		
• Lungen- oder Atemwegserkrankungen: Atemnot, Asthma, chronische Bronchitis, Emphysem, Schlafapnoe?		
• Infektionserkrankungen: Hepatitis B oder C, HIV-Infektion oder AIDS?		
• Nervenleiden: Epilepsie, Lähmungen?		
• Stoffwechselerkrankungen: Diabetes mellitus, Leber- oder Nierenerkrankungen ?		
• Haben Sie ein künstliches Hüftgelenk? Falls ja, auf welcher Seite:		
• Wurden Sie schon einmal an Magen oder Darm operiert? Falls ja, woran:		
• Falls Sie schon einmal eine Narkose oder Kurznarkose hatten: gab es unerwünschte Nebenwirkungen? **Bitte bringen Sie Ihren ggf. Ihren Narkose-Ausweis mit!**		
• Haben Sie erhöhten Augeninnendruck (Glaukom bzw. grüner Star)?		
5. Falls bei Ihnen eine Magenspiegelung geplant ist:		
• Tragen Sie herausnehmbaren Zahnersatz?		
• Haben Sie lockere Zähne?		
• Haben Sie ein Piercing im Mund?		
6. Für Frauen: Kann eine Schwangerschaft aktuell ausgeschlossen werden ?		
Stillen Sie zur Zeit ?		
7. Gehören Sie einer Glaubensrichtung an, die die Übertragung von Blut ablehnt?		
8. Haben Sie einen gerichtlich bestellten Betreuer?		
9. Bitte notieren Sie uns Namen und Telefon einer Vertrauensperson, die wir im Notfall kontaktieren sollen:		

Freiburg, den_____ Name des Patienten: _____