



Anamnesebogen Proktologie

..... Name, Vorname Geburtsdatum
..... Straße + Hausnummer PLZ + Ort
..... Telefonnummer Mobil

Seit wann haben Sie die Beschwerden?

- Tagen Monaten
 Wochen Jahren

Leiden Sie unter Schmerzen im After?

- Nein beim/nach Stuhlgang
 andauernd Druck/Fremdkörpergefühl

Haben Sie Bauchschmerzen?

- ja nein

Haben Sie Blutspuren festgestellt?

- Nein am Toilettenpapier
 auf dem Stuhl in der Toilette
 es handelt sich dabei um
 helles Blut dunkles Blut

Spüren Sie...

- Brennen Juckreiz
 Nässen Knoten

Wie oft haben Sie Stuhlgang?

- Mal am Tag oder
..... Mal pro Woche

Der Stuhlgang ist...

- geformt zu fest
 zu weich häufig wechselnd

Wie lange dauert der Stuhlgang?

- < 5 Min. 5-10 Min.
 > 10 Min. > 15 Min.

Benutzen Sie bereits Zäpfen oder Salben?

- welche:
Seit wann:

Ist die Stuhlentleerung schwierig?

- ja nein

Nehmen Sie Abführmittel?

- welche: Seit wann:

Haben Sie ungewollten Abgang von...

- Luft Stuhl
 nein, keine Kontinenzprobleme

Wurden Sie bereits am Dickdarm untersucht?

- nein Austastung per Finger
 Dickdarm-Röntgen Darmspiegelung, wann.....

Gibt es in Ihrer Verwandtschaft Darmkrebs?

- ja nein



Wurden Sie bereits am Enddarm behandelt?

- nein Verödung
 Gummibandligatur Operation

Wurden Sie bereits am Bauch operiert?

- Dick/Dünndarm-OP Entfernung Gebärmutter
 Blinddarm Sonstige.....

Leiden Sie unter Allgemeinerkrankungen?

Welche.....

Haben Sie in letzter Zeit Gewicht verloren?

- ja nein

Haben Sie eine infektiöse Erkrankung?

- nein HIV/AIDS
 Sonstige..... Hepatitis

Sind Allergien/Unverträglichkeiten bekannt?

ja, welche.....

Tragen Sie einen Herzschrittmacher oder Defibrillator?

- ja nein

Nehmen Sie regelmäßig gerinnungshemmende Medikamente wie Marcumar, ASS, Aspirin, etc.?

- ja nein

Wie groß sind Sie?cm

Wie viel wiegen Sie?kg

Nur für Frauen:

Wie viele Geburten hatten Sie?

Anzahl:

Davon:

- spontan Kaiserschnitt
 Dammriss Dammschnitt

Stillen Sie?

- ja nein

Sind Sie schwanger?

- ja nein

Eine Proktologische Untersuchung umfasst die Austastung des Analkanals und Mastdarms sowie die instrumentelle Untersuchung (z.B. Rektoskopie, Proktoskopie, Ultraschall).

Mit meiner Unterschrift erkläre ich mein Einverständnis zur Durchführung dieser Untersuchungen.

.....
Emden, Datum

.....
Unterschrift