

# Fragebogen: Verdauung und innere Organe

A

Versicherte Person	Geb.-Datum
Weiterleitung an Gesellschaft(en)	

B

## 1. Wie lautet die exakte Diagnose (Mehrfachnennung möglich)?

<input type="checkbox"/> Entzündung	wo genau: _____		
<input type="checkbox"/> chronische Darmentzündung	genaue Diagnose (z.B. Colitis Ulcerosa, Morbus Chron): _____		
<input type="checkbox"/> Reizdarm	<input type="checkbox"/> Reizmagen	<input type="checkbox"/> Gallensteine	<input type="checkbox"/> Divertikulitis
<input type="checkbox"/> Fettleber	<input type="checkbox"/> Leberzirrhose	<input type="checkbox"/> Refluxösophagitis	<input type="checkbox"/> Hiatushernie
<input type="checkbox"/> Tumorerkrankung	<input type="checkbox"/> Sonstiges: _____		

## 2. Welche Ursachen/Faktoren sind bekannt?

<input type="checkbox"/> Stress, Nervosität, psychische Einflüsse	<input type="checkbox"/> Genussgifte (Nikotin, Alkohol, Kaffee)   Menge: _____
<input type="checkbox"/> Helicobacter pylori	<input type="checkbox"/> Infektion <input type="checkbox"/> Varizen der Speiseröhre
<input type="checkbox"/> (Mangel-)Ernährung	<input type="checkbox"/> Sonstiges: _____

## 3. Welche Beschwerden treten auf?

<input type="checkbox"/> Bauchschmerzen	<input type="checkbox"/> Sodbrennen	<input type="checkbox"/> Krämpfe	<input type="checkbox"/> Gewichtsverlust
<input type="checkbox"/> Übelkeit, Erbrechen	<input type="checkbox"/> Durchfall	<input type="checkbox"/> Völlegefühl	<input type="checkbox"/> Kolik
<input type="checkbox"/> Blut im Stuhl	<input type="checkbox"/> Verstopfung		
<input type="checkbox"/> Sonstiges: _____			

## 4. Wann traten die Beschwerden erstmalig auf?

Datum:  (mindestens MM/JJJJ)

## 5. Fanden ambulante Behandlungen statt?

Ja | von: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_

Nein

## 6. Welche Behandlungen fanden statt (z.B. Spiegelung, Nahrungumstellung,...)? (Bitte stellen Sie uns Berichte, Werte, o.ä. zur Verfügung)

Medikation

<input style="width: 95%;" type="text"/> Name	<input style="width: 95%;" type="text"/> Dosierung
<input style="width: 95%;" type="text"/> Einnahme seit	<input type="checkbox"/> abgeschlossen seit: _____ <input type="checkbox"/> dauerhaft

Untersuchungen

<input style="width: 95%;" type="text"/> welche	<input style="width: 95%;" type="text"/> Ergebnis
--	--

Sonstiges: \_\_\_\_\_

# Fragebogen: Verdauung und innere Organe

B

## 7. Halten Sie eine Diät?

- Ja | welche (bitte nähere Angaben): \_\_\_\_\_  
 Nein

## 8. Besteht ein künstlicher Darmausgang?

- Ja | bitte nähere Angaben: \_\_\_\_\_  
 Nein

Ist eine Rückverlegung vorgesehen?  Ja  Nein

weitere Maßnahmen

## 9. Fand eine stationäre Behandlung statt?

- Ja  OP | Datum der OP: \_\_\_\_\_ Art: \_\_\_\_\_  
 OP angeraten | wann: \_\_\_\_\_ Art: \_\_\_\_\_  
 Sonstiges: \_\_\_\_\_  
 Nein

## 10. Fand ein Kur- oder Sanatoriumsaufenthalt statt?

- Ja  Aufenthalt | von: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_  
 Aufenthalt angeraten: \_\_\_\_\_  
 Sonstiges: \_\_\_\_\_  
 Nein

## 11. Bestanden wg. der o.g. Erkrankungen Zeiten der Arbeitsunfähigkeit?

- Ja | von: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_  
 Nein

## 12. Besteht Behandlungsfreiheit?

- Ja | seit: \_\_\_\_\_  Nein

## 13. Besteht Beschwerdefreiheit?

- Ja | seit: \_\_\_\_\_  Nein

Ort, Datum

Unterschrift Kunde