

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

Name	Dosierung
Einnahme seit	<input type="checkbox"/> abgeschlossen seit: _____ <input type="checkbox"/> dauerhaft

Untersuchungen

welche	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