

Fragebogen: Magen- und Darmerkrankungen

A

Zu versichernde Person	Geb.-Datum
Berufliche Tätigkeit	

B

1. Wie lautet die Diagnose/Bezeichnung Ihrer Erkrankung (Mehrfachnennungen möglich)?

Magen:

- | | | |
|--|----------------|---|
| Sodbrennen/Reflux | Reizmagen | Magenschleimhautentzündung (Gastritis) |
| Magentumor | Magenblutungen | Zwölffingerdarmgeschwür (Ulcus duodeni) |
| Speiseröhrenentzündung/Refluxösophagitis Grad (1 - 5): | | |
| Sonstige: | | |

Darm:

- | | | |
|------------------------------|------------------|----------------|
| Morbus Crohn | Colitis Ulcerosa | Reizdarm |
| Divertikulitis | Darmpolypen | Darmgeschwür |
| Hämorrhoiden Grad (1 - 4): | | Darmverschluss |
| Sonstige: | | |

Intoleranzen/Unverträglichkeiten:

- | | |
|-------------------------|-----------------------|
| Fruchtzucker (Fructose) | Milchzucker (Lactose) |
| Gluten (Zöliakie) | Histamin |
| Sonstige: | |

2. Unter welchen Beschwerden/Symptomen leiden oder litten Sie?

- | | | |
|------------------|--------------------|-----------------------------------|
| Magenschmerzen | Übelkeit/Erbrechen | Sodbrennen |
| Bauchschmerzen | Krämpfe | Blähungen |
| Appetitlosigkeit | Gewichtsverlust | But im Stuhl |
| Völlegefühl | Schwindel | Nahrungsmittelunverträglichkeiten |
| Durchfälle | Verstopfung | Kloßgefühl im Hals |
| Sonstige: | | |

3. Wann treten oder traten die Beschwerden auf?

einmalig wiederholt | in welchen Abständen (Datum)? andauernd

Wann erstmals? Wann zuletzt?

2. Gibt es eine bekannte Ursache oder einen Auslöser für die Beschwerden?

- | | | | |
|--|-------------------------|---------------------------------|-------------------|
| Unbekannt | (Mangel-)Ernährung | Zwerchfellbruch (Hiatushernie) | Stress/Nervosität |
| Infektion | Varizen der Speiseröhre | Helicobacter Pylori (Bakterium) | Unverträglichkeit |
| Genussgifte (Nikotin, Alkohol, Kaffee) Was? Menge pro Tag: | | | |
| Sonstige: | | | |

5. Welche Behandlungen werden oder wurden durchgeführt?

Keine Medikamente: In welcher Dosierung? täglich bedarfsweise

von: bis:

Ernährungsumstellung

Andere Therapien:

von: bis: mit Erfolg ohne Erfolg

B

6. Welche Untersuchungen wurden wegen Ihrer Erkrankungen durchgeführt bzw. sind geplant?

Keine	Magenspiegelung
Ultraschall des Bauches	Darmspiegelung
H2-Atemtest	Blutuntersuchung

Wann? In welchen Abständen?

Mit welchem Ergebnis? kein krankhafter Befund krankhafter Befund:

(Bitte Befund/Histologie beifügen)

7. Hat sich Ihr Körpergewicht in den letzten 3 Jahren geändert?

Ja | haben Sie zu oder abgenommen? Wie viel kg in welchem Zeitraum?

Nein

8. Bei welchem Arzt/ welchen Ärzten oder anderen Therapeuten waren oder sind Sie in Behandlung?

Name:

Name:

Anschrift:

Anschrift:

Behandlungszeitraum | von: bis:

Behandlungszeitraum | von: bis:

9. Sind Operationen durchgeführt worden oder vorgesehen?

Ja | wann:

Welche?

Nein

Krankenhaus/Arzt:

Anschrift:

Wurde Ihnen ein Organ oder Gewebe entfernt?

Ja | welches?

Nein

Ergebnis des Gewebefundes?

gutartig

bösartig | TNM - Einstufung

(Bei Bösartigkeit bitte Befund/Histologie und letzten Nachsorgebefund beifügen)

10. War aufgrund der Erkrankung/Beschwerden ein Krankenhaus-, Reha-, oder Kuraufenthalt erforderlich?

Ja | wann:

Wie lange?

Nein

Name der Einrichtung:

Anschrift:

(Bitte Befund beifügen)

11. Sind Folgen der Erkrankung zurückgeblieben?

Ja | welche?

Nein

12. Sind Sie aufgrund Ihrer Erkrankung arbeits-, schul- oder studienunfähig gewesen?

Ja | von: bis:

Ja | von: bis:

Nein

13. Haben die o. g. Beschwerden zu Einschränkungen im Alltag oder Beruf geführt?

Ja | zu welchen?

Nein

14. Ist ein Berufs-/ Arbeitsplatzwechsel aus medizinischen Gründen erfolgt oder angeraten/angestrebt?

Ja | Zeitpunkt des Wechsels:

Nein

Früherer Beruf:

Jetziger Beruf:

Unterschrift:

Ort

Datum

Unterschrift der zu versichernden Person