

Name: \_\_\_\_\_

## Fragebogen zur Magenspiegelung

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient!

Bei Ihnen wird eine Magenspiegelung durchgeführt. Sie haben bereits einen Termin zum Vorgespräch und zur Untersuchung erhalten. Den Fragebogen füllen Sie bitte direkt aus. Zur Untersuchung bringen Sie dann bitte auch den ausgefüllten Aufklärungsbogen mit.

### Vorbereitung:

Zur Untersuchung erscheinen Sie bitte nüchtern. Die letzte Mahlzeit dürfen Sie bis 21:00 Uhr am Vorabend zu sich nehmen. Zwei Stunden vor der Untersuchung dürfen Sie noch ein Glas Wasser trinken. Zwei Stunden vor dem Termin bitte nicht mehr rauchen, da hierdurch die Messwerte der Sauerstoffüberwachung verfälscht werden können. Wenn Sie eine Sedierung („Schlafspritze“) für die Magenspiegelung haben möchten, brauchen Sie jemanden, der Sie zur Untersuchung bringt und auch wieder in der Praxis abholt.

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen, damit wir uns ein Bild von Ihren Beschwerden machen können.

Wegen welcher Beschwerden oder aus welchem Grund wird die Magenspiegelung bei Ihnen durchgeführt? Bitte hier etwas hinschreiben.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Hier noch einige Fragen, die Sie bitte mit Ankreuzen und eventuell einem kurzen Text beantworten (evtl. Rückseite benutzen)

Haben Sie Sodbrennen?  
 nein  ja

Haben Sie eine Schluckstörung?  
 nein  ja

Haben Sie Oberbauchschmerzen?  
 nein  ja

Haben Sie chronischen Durchfall?  
 nein  ja  
wenn ja, wie oft am Tag? \_\_\_\_\_

Hatten Sie jemals ein Magen- oder Zwölffingerdarmgeschwür?  
 nein  ja

Ist bei Ihnen schon einmal eine Infektion mit Magenbakterien (Helicobacter) diagnostiziert worden?

nein  ja

wenn ja: ist eine Behandlung erfolgt?  nein  ja  
Wann und womit?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Haben Sie abgenommen?

nein  ja wenn ja, wieviel? \_\_\_\_\_ kg

Nehmen Sie einen „Säureblocker“, z.B. Pantoprazol, Omeprazol, Esomeprazol, Lansoprazol?

nein  ja

Wenn ja, welchen? \_\_\_\_\_

Wieviel mg und wie oft? \_\_\_\_\_

Haben Sie Herzkrankheiten?

nein  ja

Wenn ja: welche?

Herzinfarkt  Herzschwäche  Stent  Bypass

sonstiges: \_\_\_\_\_

Haben sie sonstige schwere Erkrankungen?

nein  ja

Wenn ja: welche? \_\_\_\_\_

Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente (ASS, Clopidogrel, Marcumar, Xarelto, Eliquis, etc.)?

nein  ja wenn ja, welches? \_\_\_\_\_

Rauchen Sie?

nein  ja wenn ja, wieviel pro Tag? \_\_\_\_\_

Sollten nach der Untersuchung unklare Beschwerden auftreten, informieren Sie uns bitte unter der Telefonnummer 02263 / 90 16 44. Außerhalb der Sprechzeiten melden Sie sich bei Beschwerden bei dem Arzt, der die Untersuchung durchgeführt hat. Sollten Sie eine Sedierung („Schlafspritze“) erhalten haben, dürfen Sie für 12 Stunden nicht aktiv am Straßenverkehr teilnehmen und müssen in der Praxis von einer Person Ihres Vertrauens abgeholt werden.

Dr. Mensler 0160 - 97 000 868

Dr. Hunkemöller 0178 - 85 456 45

Engelskirchen, den \_\_\_\_\_

Ihre Unterschrift \_\_\_\_\_