

Name \_\_\_\_\_

\* \_\_\_\_\_ INA

Körpergröße: \_\_\_\_\_ cm

Körpergewicht: \_\_\_\_\_ kg

<b>Ich leide unter:</b>	<b>JA</b>	<b>NEIN</b>	<b>Ihre Ergänzungen:</b>
Schluckstörungen			
Sodbrennen			
Bauchschmerzen			Wo?
Blähungen			
Durchfällen			Wie oft am Tag? In der Nacht?
Verstopfung			
Blutungen			
Stuhlnunregelmäßigkeiten			
Appetitlosigkeit			
Gewichtsabnahme			Ihr Gewicht vor 12 Monaten: _____ kg
Rauchen Sie?			Wie viele Päckchen am Tag? Seit:
Trinken Sie Alkohol?			Wie viel?
Auslandsaufenthalte			Wo? Tropen?
Ich bin beschwerdefrei			Ihr Anliegen:
Wann war Ihre letzte Magenspiegelung?			
Wann war Ihre letzte Darmspiegelung?			
Magen-/Darmkrebs in der Familie?			Wer?

Bitte beschreiben Sie die Beschwerden mit Ihren eigenen Worten:

---

 Wann haben die Beschwerden begonnen? \_\_\_\_\_

Lassen sich die Beschwerden beeinflussen?

Z.B. durch Essen, Fasten, etc. \_\_\_\_\_

Woher kommen die Beschwerden Ihrer Meinung nach?

Datum:

Unterschrift: