



Anmelde- und Anamnesebogen für Neu-Patienten

Name _____ Vorname _____

Geb. Datum _____ Beruf _____

Straße Nr _____

PLZ _____ Wohnort _____

Mobil _____ Festnetz _____

E-Mail _____

Krankenkasse _____ Private Vers* _____

*ggf. Hauptversicherter _____

Hausarzt _____

Gesetzliche Betreuung _____

Hinweis zur evtl. notwendigen Behandlung von Hämorrhoiden zur Kenntnisnahme

Zur Behandlung von inneren Hämorrhoiden kommt meistens die sog. Verödung (Sklerosierung) bereits bei der ersten Untersuchung zur Anwendung. Dabei wird eine spezielle Lösung in das Hämorrhoidalgewebe eingespritzt. In einigen Fällen können nach der Maßnahme für wenige Tage Blutungen, Schmerzen, Entzündungen, Schwellungen oder Blutergüsse auftreten. Die Beschwerden verschwinden in der Regel spontan. Weitere, insbesondere lebensbedrohende, Komplikationen sind sehr selten.

Datum _____ Unterschrift _____



Vorstellungsgrund / Beschwerden, seit wann _____

Grunderkrankungen _____

Medikamente, insbesondere Blutverdünner _____

Operationen, insbesondere im Bauch- oder Analbereich, wann _____

Herzschrittmacher nein ja **Hepatitis** nein ja **HIV** nein ja

Allergien nein ja welche _____

Darmkrebs in der Familie nein ja

Krebserkrankung bei Ihnen nein ja welche _____

Strahlentherapie nein ja **Chemotherapie** nein ja

Koloskopie (komplette Darmspiegelung) nein ja wann/wo _____

Wieviele natürliche Geburten _____ (hiervon Dammschnitt ___ / Dammriss ___) **Kaiserschnitt** _____

Sind Sie schwanger nein ja Woche _____ **Stillen Sie aktuell** nein ja
