

Schwerpunkt **Gastroenterologie**, Dr. med. Berthold Fitzen  
Telefon: 06142 88-1376

**Lieber Patient, Liebe Patientin,**

zur Terminvereinbarung in der Gastroenterologie werden  
**folgende Unterlagen im Voraus benötigt:**

- Überweisung vom behandelndem Arzt mit der Fragestellung/Diagnose
- letzte Blutwerte **in Kopie**
- vorhandene Vorbefunde z. B. Röntgenarzt  
(MRT/CT - Befunde in schriftlicher Form) **in Kopie**
- Medikamentenplan vom Hausarzt (sofern Sie regelmäßig Medikamente einnehmen)
- ausgefüllter Patientenfragebogen der Gastroenterologie

**Damit Ihnen ein Termin zugewiesen werden kann, geben Sie alle diese  
Unterlagen bitte in der Gastro- und Rheumaambulanz (Aufzug A, Ebene 4) ab.**

Montag – Donnerstag von 8-15 Uhr  
und  
Freitag von 8 – 12 Uhr

Nach Sichtung der Unterlagen durch Herrn Dr. Fitzen erfolgt dann die telefonische  
Terminübermittlung.

Das Team des  
MVZ Gastroenterologie im  
GPR Klinikum Rüsselsheim

**Lieber Patient, Liebe Patientin,**

um zu klären, welches Problem bei Ihnen vorliegen könnte, möchte ich Sie bitten den folgenden Bogen auszufüllen. Das Ausfüllen des Fragebogens und die Überlassung der Vorbefunde verbessern den Untersuchungsablauf. Ihre Antworten unterliegen dem Datenschutz und werden vertraulich behandelt und nicht weitergegeben.

<b>Name</b>	
<b>Vorname</b>	
<b>Geburtstag</b>	

<b>Telefonnummer</b>	
<b>Mobil Nummer</b>	
<b>E-Mail</b>	

Wer soll Arztbriefe über die Behandlung hier im MVZ erhalten?

Mein Hausarzt: \_\_\_\_\_

Der überweisende Arzt: \_\_\_\_\_

Andere Ärzte, die mich behandeln: \_\_\_\_\_

Bitte beschreiben Sie Ihre Beschwerden mit Ihren eigenen Worten:

Wann haben diese Beschwerden begonnen?

Weitere Angaben, die wichtig sind:

**Ich bitte Sie, die nachfolgenden Fragen möglichst sorgfältig und genau zu beantworten.**

Ich stelle mich vor wegen			Allergien bzw. Unverträglichkeiten		
	Ja	Nein		Ja	Nein
Lebererkrankung			Lokalanästhesie/Spritzen		
Hepatitis			Antibiotika		
			Schmerzmittel		
Chronisch entzündliche Darmerkrankung			Soja		
			Nahrungsmittel		
			Latex		
			Metalle		

Weitere Beschwerden			
	Ja	Nein	
Durchfälle			Wenn ja, wieviele am Tag? mit Blut? mit Schleim?
Gewichtsabnahme			Wieviel kg/Monate?
Gewichtszunahme			Wieviel kg/Jahr?
Bauchschmerzen			
Blähungen			
Appetitlosigkeit			
Gelenkbeschwerden			
<b>Vorerkrankungen</b>			
Bluthochdruck			
Herzerkrankung			
Herzschrittmacher/Defi			
Diabetes („Zuckerkrankheit“)			
Asthma/COPD			
Schilddrüse			
Nierenerkrankungen			
Lebererkrankungen			
Epilepsie			
Bauchoperationen			Wenn ja, welche:
Rheuma			
Hauterkrankungen			
Sonstige Erkrankungen			Wenn ja, welche:

<b>Sonstiges</b>			
	<b>Ja</b>	<b>Nein</b>	
Rauchen Sie?			Wenn ja, wieviel?
Trinken Sie Alkohol?			Wenn ja, Menge ? Wie oft?
Auslandsaufenthalte			Wenn ja, wo?, Tropenaufenthalt?
Stress			
Schlafstörungen			
Sport/Bewegung			Wenn ja, was?

Größe: \_\_\_\_\_ cm      Gewicht: \_\_\_\_\_ kg

Ich nehme regelmäßig Medikamente ein:     Ja       Nein

Wenn ja, welche?

Name	Dosis	Morgens	Mittags	Abends

Rüsselsheim, den .....

Unterschrift .....

**Rückantwort (wird von der Gastroenterologie ausgefüllt!):**

- Termin innerhalb 14 Tagen
- Termin innerhalb der nächsten \_\_\_\_\_ Wochen

Datum: \_\_\_\_\_      Uhrzeit: \_\_\_\_\_      Untersuchung: \_\_\_\_\_  
 Datum: \_\_\_\_\_      Uhrzeit: \_\_\_\_\_      Untersuchung: \_\_\_\_\_  
 Datum: \_\_\_\_\_      Uhrzeit: \_\_\_\_\_      Untersuchung: \_\_\_\_\_  
 Datum: \_\_\_\_\_      Uhrzeit: \_\_\_\_\_      Untersuchung: \_\_\_\_\_