



Dr. med. S. Menzler & Kollegen

## Patientenerklärung, Datenschutzerklärung

### Sehr geehrte Patientin! Sehr geehrter Patient !

Die persönlichen Daten zu Ihrer Person und besonders zu Ihren Beschwerden oder Erkrankungen stehen in Deutschland unter dem besonderen Schutz der „EU Datenschutzgrundverordnung (GVO)“. Die Angaben zu Ihren Beschwerden und Erkrankungen fallen nach dem Bundesdatenschutzgesetz unter die höchste Sicherheitsstufe. In Hessen wacht der hessische Landesdatenschutzbeauftragte über die sorgfältige Einhaltung des Bundesdatenschutzgesetzes durch alle Personen, Firmen oder Institutionen, welche Ihre Daten verarbeiten. In unserer Praxis wird das Bundesdatenschutzgesetz sorgfältig eingehalten. Hierüber wacht zusätzlich unser Datenschutzbeauftragter, dies regeln aber auch die Datenschutzbestimmungen des Gesetzes und unseres Qualitätsmanagementsystems. Alle Mitarbeiter/innen der Praxis sind diesbezüglich sorgfältig geschult und zur Verschwiegenheit verpflichtet.

Wenn wir von Ihnen für verschiedene Zwecke Daten erheben und speichern, so müssen Sie dem für jeden einzelnen Zweck schriftlich zustimmen. Diese Zustimmung können Sie jederzeit widerrufen.

- Mit meiner Unterschrift erkläre ich mich mit der elektronischen Datenerhebung, Verarbeitung (u. a. der anonymisierten Verwendung meiner Krankendaten im Rahmen der Qualitätssicherungsmaßnahmen und der wissenschaftlichen Arbeiten in der Praxis), Nutzung und Übermittlung von personenbezogenen Daten im Rahmen meiner Behandlung sowie zur Befundung und Abrechnung einverstanden.
- Ich bin auch damit einverstanden, dass Mitarbeiter/innen der Praxis im Rahmen von wissenschaftlichen Arbeiten oder Qualitätssicherungsmaßnahmen Kontakt mit mir aufnehmen (mich z. B. anrufen), um mich zu befragen.

**Um Sie untersuchen, beraten und behandeln zu können, zur Dokumentation und zur Abrechnung unserer Leistungen müssen wir Ihre personenbezogenen Daten und die Daten zu Ihren Erkrankungen/Beschwerden elektronisch erheben, verarbeiten und weitergeben an Abrechnungsstellen, die kassenärztliche Vereinigung und an Ihren Krankenversicherungsträger. In der Praxis führen wir gemeinsam mit der Universitätsklinik Gießen oder Marburg regelmäßig wissenschaftliche Untersuchungen und Studien durch. Die Untersuchungen und Studien sind von der zuständigen Ethikkommission geprüft und genehmigt.**

- Ich wünsche mehrfach im Jahr ein Informationsschreiben mit interessanten und wichtigen neuen Erkenntnissen zu Erkrankungen des Bauchraumes und des Darmes zu erhalten.
- Ich wünsche brieflich an Termine zu Kontrolluntersuchungen (z.B. nach Abtragung von Darmpolypen oder im Rahmen der Tumornachsorge etc.), welche mir von den Ärzten der Praxis vorgeschlagen wurden, erinnert zu werden.

Marburg, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Patienten oder des gesetzlichen Vertreters

# PRAXISKLINIKMARBURG



Schwerpunktpraxis für  
Erkrankungen des Bauchraums,  
Hernien und Enddarmkrankungen.

Viszeralchirurgie und Koloproktologie.

Version 3.0

**Dr. med. S. Menzler**  
**Dr. med. H. Kanaaneh**  
**Dr. med. S. Tsolakidis**  
**Dr. med. F. Voß**

Chirurgen, Viszeralchirurgen.  
Koloproktologen (BCD)

**Konsiliarärzte**  
Chirurgische Universitätsklinik Marburg

**Dr. med. M. Günther**  
Anästhesistin.  
Notfallmedizin, Tauchmedizin

Telefon 06421/9296-0  
Fax 06421/9296-144

## **Aufklärungsbögen, Einverständniserklärungen**

Sehr geehrte Patientin,  
sehr geehrter Patient,

wir sind verpflichtet Sie vor einem Eingriff oder einer Operation umfangreich aufzuklären.

Als Nachweisdokument für die erfolgte Aufklärung dient u.a. der Aufklärungsbogen, welcher Ihnen im Aufklärungsgespräch ausgehändigt wurde.

Es kommt leider immer wieder vor, dass Patienten den Aufklärungsbogen vergessen und zu dem Eingriff/der Untersuchung/der Operation nicht mitbringen. Da dies gehäuft vorkommt und uns vermeidbar mehr Arbeit wie auch mehr Kosten verursacht, müssen wir Ihnen leider für die Zurverfügungstellung eines weiteren Aufklärungsbogens 5,00 EUR Material- und Verwaltungskosten in Rechnung stellen.

Bitte entrichten Sie den Betrag unmittelbar an der Anmeldung. Gerne geben wir Ihnen aber auch einen neuen Behandlungstermin, zu dem Sie dann den Ihnen bereits vorliegenden Aufklärungsbogen mitbringen können.

Danke für Ihr Verständnis.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. med. S. Menzler



## Fragebogen zur Krankengeschichte

Sehr geehrte Patientin! Sehr geehrter Patient!

Vor Beginn der Untersuchung müssen wir einige Fragen allgemeiner Art und nach Ihren gegenwärtigen Beschwerden an Sie richten. Die gewissenhafte und sorgfältige Beantwortung der Fragen wird unser anschließendes Gespräch erleichtern. Beantworten Sie die Fragen bitte durch Ankreuzen des zutreffenden Kästchens oder klarschriftlich.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Dr. med. S. Menzler & Kollegen

Bitte beantworten Sie alle Fragen!

### A. Allgemeine Angaben

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

1. Welche Beschwerden haben Sie?

\_\_\_\_\_

2. Seit wann bestehen diese Beschwerden?

\_\_\_\_\_

	nein	ja
3. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Bitte alle Medikamente nennen!	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

\_\_\_\_\_

4. Haben Sie in der Woche vor Beginn der jetzigen Beschwerden Medikamente genommen? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------

\_\_\_\_\_

5. Nehmen Sie Medikamente zur „Blutverdünnung“ ein (z. B. ASS, Marcumar etc)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------

6. Sind bei Ihnen Allergien bekannt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------------------	--------------------------	--------------------------

welche \_\_\_\_\_

7. Sind bei Ihnen Nahrungsmittelallergien bekannt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------

welche: \_\_\_\_\_

8. Ist bei Ihnen Asthma bekannt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
----------------------------------	--------------------------	--------------------------

9. Wie viel trinken Sie pro Tag?

Weniger als 1 Liter?       Weniger als 2 Liter?       Weniger als 3 Liter?

10. Welchen Beruf üben sie aus? \_\_\_\_\_

11. Sind Sie schwanger?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-------------------------	--------------------------	--------------------------

12. Wie viele Geburten hatten Sie? \_\_\_\_\_

- Kam es dabei zu einem Dammriss/Dammschnitt?
- Von den Geburten waren \_\_\_\_\_ Kaiserschnitte.

<input type="checkbox"/> Haben Sie in den letzten drei Monaten Gewicht verloren, wenn ja, ungefähr wie viel Kilogramm? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	--------------------------



- |   | nein                     | ja                       |
|---|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> Sind in Ihrer Familie Darmkrebs –<br>oder Enddarmkrebserkrankungen bekannt?                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Sind bei Ihnen oder Ihren Eltern, Geschwistern oder Kindern andere<br>Krebserkrankungen bekannt?                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Sind Sie früher am Bauch operiert worden (z.B. Gallenblasenentfernung,<br>Blinddarmentfernung, etc.)?            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Ist bei Ihnen eine chronische Darmentzündung (Morbus Crohn,<br>Colitis ulcerosa) oder ein sog. Reizdarm bekannt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

## B. Bauchschmerzen

- |   | nein                     | gelegentlich             | häufig                   |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <b>13. Haben Sie Bauchbeschwerden?</b><br>(Falls Sie keine Bauchbeschwerden haben, gehen Sie zum Abschnitt C) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

### 14. Haben Sie

- |                                     |  |   |
|-------------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> Sodbrennen | <input type="checkbox"/> Schmerzen oder einen Druck im Oberbauch | <input type="checkbox"/> Übelkeit                       |
| <input type="checkbox"/> Erbrechen  | <input type="checkbox"/> mein Appetit ist gut wie immer          | <input type="checkbox"/> keinen oder schlechten Appetit |

- |   | nein                     | ja                       | manchmal                 |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> Werden die Beschwerden besser, wenn Sie Medikamente<br>(z.B. Omeprazol) einnehmen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

### 15. Wo sind die Beschwerden (Mehrfachnennung möglich)?

- |                                       |                                     |  |                                 |
|---------------------------------------|-------------------------------------|--|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> im Oberbauch | <input type="checkbox"/> Unterbauch | <input type="checkbox"/> Bauchmitte        | <input type="checkbox"/> rechts |
| <input type="checkbox"/> links        | <input type="checkbox"/> wandernd   | <input type="checkbox"/> im gesamten Bauch |                                 |

### 16. Wie können Sie die Beschwerden beschreiben?

- |  |   |  |   |
|--|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> als Krampf                              | <input type="checkbox"/> dumpf                | <input type="checkbox"/> drückend              | <input type="checkbox"/> stechend               |
| <input type="checkbox"/> spitz                                   | <input type="checkbox"/> auf-und-abschwellend | <input type="checkbox"/> ständig da            | <input type="checkbox"/> kommt und geht         |
| <input type="checkbox"/> nur vor dem Essen                       | <input type="checkbox"/> nur nach dem Essen   | <input type="checkbox"/> verstärkt durch Essen | <input type="checkbox"/> weniger nach dem Essen |
| <input type="checkbox"/> werde nachts wach wegen der Beschwerden | <input type="checkbox"/> Blähungen            |  |   |
| <input type="checkbox"/> immer an der gleichen Stelle            | <input type="checkbox"/> wandernd             |  |   |
| <input type="checkbox"/> ausstrahlend / wohin? _____             |   |  |   |

- |  | nein                     | ja                       | manchmal                 |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> Werden die Beschwerden nach dem Stuhlgang besser? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |



## C. Enddarmbeschwerden/Afterbeschwerden

### 17. Welche Beschwerden haben Sie im Analbereich?

	keine	bei/nach dem Stuhlgang	manchmal	ständig
• Schmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Druck/Fremdkörpergefühl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Brennen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Juckreiz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Nässen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 18. Haben Sie andere Beschwerden?

	nein	nur bei Husten/ Niesen/ Heben	gelegentlich	jeden Tag
• ungewollter Abgang von flüssigem Stuhl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• ungewollter Abgang von festem Stuhl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• ungewollter Abgang von Winden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• ungewollter Abgang von Schleim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• ungewollter Abgang von Urin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 19. Haben Sie einen Knoten am After gefühlt?

	nein	ja
• der Knoten kann mit der Hand zurückgedrückt werden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 20. Haben Sie Blut festgestellt?

• mit dem Stuhlgang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• am Toilettenpapier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• an der Unterwäsche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 21. Wie oft haben Sie derzeit Stuhlgang?

<input type="checkbox"/> 1-3 mal täglich	<input type="checkbox"/> 4-6 mal täglich	<input type="checkbox"/> mehr als 6x täglich
<input type="checkbox"/> täglich	<input type="checkbox"/> jeden 2-3 Tag	<input type="checkbox"/> 1-2 mal in der Woche

### 22. Der Stuhlgang ist derzeit überwiegend:

<input type="checkbox"/> geformt	<input type="checkbox"/> hart	<input type="checkbox"/> weich	
<input type="checkbox"/> breiig	<input type="checkbox"/> wechselnd	<input type="checkbox"/> wässrig/flüssig	
	nein	ja	manchmal

### 23. Haben Sie das Gefühl, dass der Darm nach dem Stuhlgang nicht vollständig entleert ist?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------

### 24. Müssen Sie beim Stuhlgang pressen?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------



	nein	ja	manchmal
25. Nehmen Sie Abführmittel? welche _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Verwenden Sie sog „Feuchttücher“ zur Analhygiene?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Wurden Sie bereits am After oder Enddarm operiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
28. Wurden bei Ihnen bereits einige Hämorrhoidenbehandlungen vorgenommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
29. Wurde bei Ihnen in der Vergangenheit bereits eine Koloskopie (Darmspiegelung / eine Untersuchung des gesamten Dickdarms) durchgeführt? wann und wo? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

## D. Hauterkrankungen/Hautveränderungen

	nein	ja	manchmal
30. Ist bei Ihnen eine Schuppenflechte (Psoriasis) bekannt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
31. Stellen Sie schuppige Hautveränderungen am Haaransatz oder an den Augenbrauen oder am Ohr fest?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Stellen Sie irgendwelche anderen juckenden Hautveränderungen am Körper fest? welche und wo? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Ist bei Ihnen eine Neurodermitis bekannt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
34. Hatten sie als Kind Neurodermitis oder Milchschorf? welche _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
35. Ist bei Ihnen allergischer Schnupfen bekannt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

### Nur vom Arzt auszufüllen:

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Kerzenfleckphänomen   | <input type="checkbox"/> Auspitzphänomen | <input type="checkbox"/> Pulpitis sicca                               |
| <input type="checkbox"/> Psoriasisherde (Ellenbogen, Capillitium, Knie, Rumpf, Gesicht, Handflächen, Fußsohlen, Nägel) |  |   |
| <input type="checkbox"/> Psoriasisarthritis  | <input type="checkbox"/> Ekzemherde      | <input type="checkbox"/> Ellenbogen/Ellenbeugen                       |
| <input type="checkbox"/> Weisser dermografismus  | <input type="checkbox"/> Hertogezeichen  | <input type="checkbox"/> Perleche <input type="checkbox"/> Ohrragaden |



## E. Sonstige Beschwerden

Wenn Sie weitere oder andere Beschwerden haben, welche hier nicht erwähnt sind, so tragen Sie diese bitte hier ein.

---

---

### 36. Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Hausarzt	<input type="checkbox"/>	Anderer Arzt	<input type="checkbox"/>
Verwandte/Bekannte	<input type="checkbox"/>	Internet	<input type="checkbox"/>
Zeitung	<input type="checkbox"/>	Sonstige: _____	

### Ihre Kritik:

Bitte sagen Sie uns hier, was Ihnen bei uns gefällt oder nicht gefällt. Nur durch Ihre Kritik können wir Fehler erkennen und uns täglich bemühen besser zu werden.

---

---

---

---

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie die Richtigkeit Ihrer Angaben. Insbesondere die vollständige Beantwortung der Fragen nach Ihren bekannten Erkrankungen und nach den Medikamenten, welche Sie einnehmen, dient Ihrer Sicherheit im Hinblick auf die von uns vorgeschlagenen Untersuchungen und Behandlungen.

Datum \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Telefonnummer \_\_\_\_\_

Mobilnummer \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

Hausarzt \_\_\_\_\_

Urologe/ Gynäkologe \_\_\_\_\_

Marburg, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Patienten oder des gesetzlichen Vertreters