

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

um den organisatorischen Ablauf und Ihnen das persönliche Arztgespräch zu erleichtern, beantworten Sie bitte die folgenden Fragen.

Name, Vorname	Geb. Datum	Größe (cm)	Gewicht (kg)
---------------	------------	------------	--------------

- weiblich männlich

Leiden Sie unter einem oder mehreren der folgenden Risikofaktoren für Bauchwandbrüche?

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Chronische Lungenerkrankung (COPD / Asthma bronchiale) | <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit) | <input type="checkbox"/> Aussackung der Hauptschlagader (Aortenaneurysma) |
| <input type="checkbox"/> Einnahme von Medikamenten die das Immunsystem schwächen (Tacrolimus, Azathioprin, MTX) | <input type="checkbox"/> Einnahme von Cortison | <input type="checkbox"/> Rauchen Sie? |
| <input type="checkbox"/> Haben Sie eine Neigung zu längeren Blutungen (Blutgerinnungsstörung)? | <input type="checkbox"/> Nehmen Sie Blutgerinnungshemmende Mittel (z.B. ASS, Plavix, Marcumar) Wenn ja, welche?

_____ | |

Haben Sie aktuell Schmerzen?

- ja nein

Wenn ja, kreuzen Sie bitte den Schmerzgrad (VAS) zwischen 0 (=keine Schmerzen) und 10 (=stärkster Schmerz) unten an:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Sind Sie schon einmal am Bauch operiert worden?

- ja nein

Wenn ja, dann bitte die Operation ankreuzen und bei Schlüssellochoperationen ein MIC für minimal invasive Chirurgie hinzufügen.

- | | | | |
|---|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Leistenbruch | <input type="checkbox"/> Gallenblase | <input type="checkbox"/> Magen | <input type="checkbox"/> Bauchspeicheldrüse |
| <input type="checkbox"/> Blinddarm | <input type="checkbox"/> Aorta (Schlagader) | <input type="checkbox"/> Dickdarm | <input type="checkbox"/> Narbenbruch |
| <input type="checkbox"/> Leber | <input type="checkbox"/> Niere | <input type="checkbox"/> Milz | <input type="checkbox"/> Verwachsungen (Adhäsionen) |
| <input type="checkbox"/> Uterus (Gebärmutter), Eierstöcke | <input type="checkbox"/> Herzkrankgefäße | <input type="checkbox"/> Krampfadern (Varizen) | |

Sonstige (Bauch): _____

Vielen Dank für die Beantwortung, Sie haben uns sehr geholfen.