

Name, Vorname:

Geb.-Datum:

Adresse:

Tel.-Nr.:

UNIVERSITÄTSMEDIZIN : UMG
GÖTTINGEN

LeberZentrum LZG
Göttingen

Patientenfragebogen

Neuvorstellungen

Datum (Ausfüllzeitpunkt):

Mit welchen Beschwerden / welchem Verdacht stellen Sie sich bei uns vor?

(Bitte hier kurz erläutern)

Allgemeine Daten

Alter	
Körpergröße (in cm)	
Körpergewicht (in kg)	
Aktueller Beruf	
Ggf. früherer Beruf	
Höchster Bildungsabschluss (z.B. Hauptschule, Abitur, Studium, Promotion)	

Vorerkrankungen und operative Eingriffe

Bitte listen Sie hier alle bekannten Vorerkrankungen und operativen Eingriffe mit dem Jahr der Erstdiagnose, bzw. OP auf! Bitte bringen Sie ggf. auch aktuelle Arztbriefe mit!

--

Aktuelle Symptome

Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an und erläutern Sie ggf. genauer.	Ergänzende Information	Nein	Ja
Müdigkeit / Abgeschlagenheit			
Leichte Erschöpfbarkeit			
Konzentrations- und Gedächtnisstörung			
Gelenkschmerzen (ggf. welche Gelenke?)			
Juckreiz (ggf. wo?)			
Mundtrockenheit			
Gelbfärbung (ggf. wann?)			
Bauchwasser (Aszites)			
Gewichtszunahme (ggf. wieviel und seit wann?)			
Gewichtsabnahme (ggf. wieviel und seit wann?)			
Vermehrtes Schwitzen			
Regelmäßiges Fieber			
Wie viele Stuhlgänge haben Sie pro Tag?			
Obstipation / Verstopfung			
Schlafstörungen			
Häufig „blaue Flecken“			
Langes Bluten nach Verletzungen			
Blutübertragungen / Transfusionen erhalten			
Tätowierungen und/oder Piercings (Lokalisation)			

Medikamente

Bitte listen Sie Ihre aktuellen Medikamente mit **genauer Dosierung** an!
Sie können auch alternativ einen **aktuellen hausärztlichen Medikamentenplan** anhängen.

Beispiele:
Spironolacton 50mg 1-0-0
Pantoprazol 40mg bei Bedarf

Allergien

Leiden Sie unter Allergien? Bitte listen Sie hier alle Allergien und Unverträglichkeiten auf und beschreiben Sie die Art der Reaktion!

Beispiele:
Penicillin, Hautausschlag
Diclofenac, Darmkrämpfe

Leberspezifische Vortherapien

Hatten Sie bereits **Therapien, welche die Leber** betreffen? Zum Beispiel antivirale Therapien einer Hepatitis B oder Hepatitis C? Behandlung einer Autoimmunhepatitis? Bitte listen Sie Ihre **Vortherapien mit Medikamentennamen und genauem Zeitraum** hier auf!

Beispiel:
Antivirale Therapie einer Hepatitis C
Peg-Interferon und Ribavirin 12/2005-04/2006, abgebrochen wegen Nebenwirkungen

Genussmittel (bitte genau angeben)

Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an bzw. erläutern sie genauer.	Ergänzende Information	Nein	Ja
Alkohol			
- Was trinken Sie?			
- An wieviel Tagen pro Woche?			
- Wieviel pro Tag? (z.B. 4 Fl. Bier á 0,33L)			
Rauchen			
- Seit wann?			
- Was rauchen Sie? (z.B. Zigaretten)			
- Wie viel pro Tag?			
Drogen			
- Welche?			
- Seit wann? / bis wann?			
Andere Genussmittel			
- Kaffee (ggf. wie viele Tassen pro Tag?)			
- Tee (ggf. wie viele Tassen pro Tag?)			

Lifestyle

Wie ernähren Sie sich? (vegan, vegetarisch, Fleischesser)	
- An wieviel Tagen pro Woche essen Sie ggf. Fleisch?	
- An wieviel Tagen pro Woche essen Sie ggf. Fisch?	
Obstkonsum	
- An wieviel Tagen pro Woche essen Sie Obst?	
- Wie viele Teile durchschnittlich? (z.B. 2 Äpfel)	

Wieviel Liter trinken Sie pro Tag?	
- Wieviel Fruchtsaft/Smoothies trinken Sie pro Tag?	
- Wieviel Softdrinks (Cola, Limo, etc.) trinken Sie pro Tag?	
Sport	
- Sind Sie beruflich viel in Bewegung? (wenn ja: in welcher Form?)	
- An wieviel tagen pro Woche treiben Sie Sport? (mind. 30 Minuten)	
- Welchen Sport betreiben Sie?	

Auslandsreisen

Waren Sie im (außereuropäischen) Ausland? Bitte listen Sie ggf. auf, wann Sie in welchem Land waren.

Beispiel: USA, 4 Wochen, 2006

Impfungen

Bitte bringen Sie im Zweifel Ihren Impfausweis mit!

	Wann zuletzt?	Nein	Ja
Sind Sie gegen Hepatitis A geimpft?			
Sind Sie gegen Hepatitis B geimpft?			
Sind Sie gegen die Virusgrippe (Influenza) geimpft?			

Familienvorgeschichte

Hier geht es um **Erkrankungen bei direkten Verwandten**, nicht um Ihre eigenen. Bitte geben Sie möglichst genau an, welcher Verwandte ggf. betroffen war und welche Diagnose vorlag.

Erkrankung bei Familienangehörigen	Wer? Wann? Folgen?	Nein	Ja
Lebererkrankungen			
Diabetes mellitus („Zuckerkrankheit“)			
Bluthochdruck			
Herzerkrankungen (z.B. Herzinfarkt)			
Schlaganfall			
Krebserkrankungen / Tumorerkrankungen			
Fettleibigkeit			
Osteoporose / „Knochenschwund“			
Rheumatische Erkrankungen			
Genetische Erkrankungen			
Sonstiges (bitte erläutern)			