

**Selbstauskunftsbogen (Beschwerden, Vorerkrankungen) von ..... (Name)**

**Beschwerden von Speiseröhre und Magen seit :**

Wochen
 Monate
 Jahre

Freitext,  
wann, wie?

**Symptom**

Keine Probleme
selten/geringe Beschwerden
starke/häufige Beschwerden

- Sodbrennen
- Aufstoßen
- Schluckbeschwerden
- Fremdkörpergefühl in der Speiseröhre
- Räusperzwang und Husten
- Übelkeit
- Erbrechen
- Appetitlosigkeit
- Oberbauchschmerzen

<input style="width: 100%; height: 20px;" type="checkbox"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="checkbox"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="checkbox"/>
<input style="width: 100%; height: 20px;" type="checkbox"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="checkbox"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="checkbox"/>
<input style="width: 100%; height: 20px;" type="checkbox"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="checkbox"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="checkbox"/>
<input style="width: 100%; height: 20px;" type="checkbox"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="checkbox"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="checkbox"/>
<input style="width: 100%; height: 20px;" type="checkbox"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="checkbox"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="checkbox"/>
<input style="width: 100%; height: 20px;" type="checkbox"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="checkbox"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="checkbox"/>
<input style="width: 100%; height: 20px;" type="checkbox"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="checkbox"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="checkbox"/>
<input style="width: 100%; height: 20px;" type="checkbox"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="checkbox"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="checkbox"/>

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**Beschwerden vom Darm seit:**

Wochen
 Monate
 Jahre

- Unterbauchschmerzen
- Blähungen
- Durchfall
- Verstopfung
- Blut beim Stuhlgang
- Schwarzer Stuhl

<input style="width: 100%; height: 20px;" type="checkbox"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="checkbox"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="checkbox"/>
<input style="width: 100%; height: 20px;" type="checkbox"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="checkbox"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="checkbox"/>
<input style="width: 100%; height: 20px;" type="checkbox"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="checkbox"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="checkbox"/>
<input style="width: 100%; height: 20px;" type="checkbox"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="checkbox"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="checkbox"/>
<input style="width: 100%; height: 20px;" type="checkbox"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="checkbox"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="checkbox"/>
<input style="width: 100%; height: 20px;" type="checkbox"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="checkbox"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="checkbox"/>

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Krebs in der Familie (Blutsverwandte) Wer:

Alter:

Tumorart:

**Bitte wenden!**

