



Vorname \_\_\_\_\_

Nachname \_\_\_\_\_

Straße und Hausnummer \_\_\_\_\_

Postleitzahl und Ort \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Telefon Festnetz / mobil \_\_\_\_\_

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

Beruf \_\_\_\_\_

Name des Hausarztes \_\_\_\_\_

Was ist der Grund für Ihren Besuch? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Wie lange bestehen Ihre Beschwerden? \_\_\_\_\_

Wurden Sie bereits operiert? Insbesondere am After / im Bauchraum \_\_\_\_\_

Wann war Ihre letzte Darmspiegelung? Bringen Sie bitte wenn möglich den Befund mit. \_\_\_\_\_

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?

Blutverdünnende Medikamente \_\_\_\_\_

Sonstige Medikamente \_\_\_\_\_

Folgende Erkrankungen sind bekannt:

Herz-Kreislauf \_\_\_\_\_

Magen-Darm-Erkrankung \_\_\_\_\_

Diabetes \_\_\_\_\_

andere relevante Erkrankungen \_\_\_\_\_



Haben Sie einen Herzschrittmacher oder Defibrillator?

- Herzschrittmacher
- Defibrillator

Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift Patient \_\_\_\_\_