



Nachname: **Vorname:** **Geburtsdatum:**

Beruf (nicht gemeint Rentner): **Tel. :**

Hausarzt:

**Wurde bei Ihnen bereits eine
Darmspiegelung durchgeführt?** Nein Wenn ja, wann?.....

Nehmen Sie Medikamente? Nein Wenn ja welche?.....

LEIDEN SIE UNTER...

Allergien? Nein Wenn ja, welche?.....

Asthma? Nein Wenn ja, welche?.....

Bluterkrankungen? Nein Wenn ja, welche?

Bluthochdruck? Nein Wenn ja, welche?

Herzerkrankungen? Nein Wenn ja, welche?

Diabetes? Nein Wenn ja, welche?

**Schilddrüsenunter- bzw.-
Überfunktion?** Nein Wenn ja, welche?

Chronischen Entzündungen? Nein Wenn ja, welche?

Gerinnungsstörung? Nein Wenn ja, welche?

Bösartige Tumorleiden? Nein Wenn ja, welche?

**Gelenkerkrankungen,
z.B. Rheuma?** Nein Wenn ja, welche?

**Sehstörungen
(z.B. Grüner Star; Grauer Star)** Nein Wenn ja, welche?

Schwerhörigkeit? Nein Wenn ja, welche?

Neurologische Erkrankungen? Nein Wenn ja, welche?

Psychiatrische Erkrankungen? Nein Wenn ja, welche?

Sonstige Erkrankungen? Nein Wenn ja, welche?

Bisherrige Operationen? Nein Wenn ja, welche?

NUR FÜR FRAUEN AUSZUFÜLLEN

Haben Sie Kinder geboren? Nein Wenn ja, wieviele?

Sind Sie in den Wechseljahren? Nein Wenn ja, seit wann?

Unterschrift/Datum Patient **Unterschrift/Datum Arzt**