



**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** .....