

*Neue Patienten bitte ausfüllen*



Daten

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_ bisheriger Hausarzt: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

Spezielle Fragen

Haben Sie aktuelle Beschwerden?

---

Eigene Vorerkrankungen (z.B. Bluthochdruck, Schlaganfall, Thrombose, Gicht...):

---

Familiäre Vorgeschichte (für z.B. Darmkrebs oder Herzinfarkt):

---

Haben Sie Allergien oder Unverträglichkeiten gegen Medikamente, Lebensmittel...?

---

Hatten sie schon einmal eine Magen- oder Darmspiegelung? Wenn ja, warum?