



Liebe Patientin, lieber Patient

Wir begrüßen Sie herzlich in unserer Praxis und möchten Sie bitten den Fragebogen auszufüllen und am Empfang wieder abzugeben. Herzlichen Dank!

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Urologische Vorerkrankungen: \_\_\_\_\_

**Internistische Vorerkrankungen:**

Nein [ ]

Ja [ ]	Bluthochdruck,	seit:
	Herzkrankgefäßverengung,	seit:
	Bypässe,	seit:
	Herzinfarkt,	wann:
	Herzrhythmusstörungen,	seit:
	Diabetes mellitus Typ I/ Typ II,	seit:
	Erhöhte Blutfettwerte,	seit:
	Darmerkrankungen, welche?	seit:

Sonstige Erkrankungen? \_\_\_\_\_

Vorsorge Untersuchungen (z.B. Darmspiegelung) zuletzt: \_\_\_\_\_

Andere: \_\_\_\_\_

Operationen: \_\_\_\_\_

Medikamente (oder Medikamentenplan): \_\_\_\_\_

Welche Allergien sind Ihnen bekannt? \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_