



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: _____