

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:
	Herzkranzgefäßverengung,	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: _____