

**Anamnese**

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,  
 bitte beantworten Sie uns folgende Fragen- so können wir besser auf ihre individuellen medizinischen  
 Bedürfnisse eingehen.

**Name:** \_\_\_\_\_

**Tel-Nr.:** Privat \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**E-Mail Adresse:** \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

**Hausarzt:** \_\_\_\_\_

**Corona:**  geimpft  genesen  geboostert seit wann: \_\_\_\_\_  
 getestet wann: \_\_\_\_\_

**Gewicht**.....kg **Größe**..... cm

**Wurde bei Ihnen schon einmal eine Darmspiegelung durchgeführt?**

Ja  Nein  Zuletzt/ Wann ?.....

**Allergien ?** \_\_\_\_\_

/ gegen Medikamente, wenn Ja welche?.....

**Kardiovaskuläre Risikofaktoren:**

Leiden Sie an (zutreffendes bitte ankreuzen):

erhöhtem Blutdruck  Diabetes  erhöhtem Cholesterin

Rauchen Sie? Ja  Nein  Ex-Raucher  seit..... Jahren

Gibt es in ihrer Familie : Herzinfarkte  Schlaganfälle  Krebserkrankungen

wenn ja

Wer?..... in welchem Alter?..... Was? .....

.....  
 .....  
 .....

**Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?**

Name des Med. und Dosis	früh	mittags	abends

Ggf. bitte weiter auf der Rückseite! Allergien können auch auf der Rückseite ergänzt werden.

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

**Bitte denken Sie an Ihre Vorbefunde und den Datenschutz im Anhang auszufüllen!!!**