



**Fragebogen – nur für den Praxisgebrauch**

Name: \_\_\_\_\_ Nachname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ Wohnort: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_ Größe: \_\_\_\_\_ Gewicht: \_\_\_\_\_ E-Mail Adresse: \_\_\_\_\_

**Sie würden uns helfen, wenn Sie uns folgende Fragen beantworten:**

Ich komme zur Vorsorgecolonoskopie: Ja  Nein

Ich komme zur Abklärung von Beschwerden: Ja  Nein

Was sind Ihre Beschwerden?

Durchfälle	<input type="checkbox"/>
Bauchschmerzen	<input type="checkbox"/>
Übelkeit	<input type="checkbox"/>
Erbrechen	<input type="checkbox"/>
Blut im Stuhl	<input type="checkbox"/>

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

Bei mir soll folgende Untersuchung durchgeführt werden:

Darmspiegelung  Magenspiegelung

Welcher Hausarzt hat Sie zu uns überwiesen (Name)?

\_\_\_\_\_

Welche Medikamente nehmen Sie zur Zeit und in welcher Dosierung?

\_\_\_\_\_

Rauchen Sie? Ja  Nein

**Vielen Dank für Ihre Hilfe.**