

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

für unsere Diagnostik und Behandlung bitten wir vorab um folgende Angaben



_____ Name	_____ Krankenkasse
_____ Vorname	_____ Private Zusatzversicherung
_____ Geburtsdatum	_____ Telefon
_____ Postleitzahl / Wohnort	_____ Handy
_____ Straße / Haus-Nr.	_____ E-Mail

Datenschutz/ Befundanforderung

Ich habe die Information zur Datenschutz- Grundverordnung (DSGVO) zur Kenntnis genommen (ein Exemplar liegt im Wartezimmer aus).

Ich erkläre mich einverstanden, dass das Magen-Darm-Zentrum, mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde bei meinen anderen behandelnden Ärzten zum Zweck der weiteren Behandlung anfordert.

_____ Datum, Ort	_____ Unterschrift
---------------------	-----------------------

_____ Ausgeübter Beruf	_____ Größe
---------------------------	----------------

_____ Hausarzt	_____ Gewicht
-------------------	------------------

Welche Beschwerden haben Sie zur Zeit?

.....
.....

Wurde früher schon einmal eine endoskopische Untersuchung durchgeführt?

.....

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein, welche?	Dosierung:
.....
.....
.....

Bestehen oder bestanden bei Ihnen chronische Erkrankungen, z.B. Chronisch entzündliche Darmerkrankung, Schlafapnoe, Krebserkrankungen, Lebererkrankungen, etc.

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

Traten in Ihrer Familie Magenkrebs, Darmkrebs oder andere Tumorerkrankungen auf?

.....
.....

bitte wenden

