



Persönliche Daten - bitte immer vollständig ausfüllen!

_____	_____	_____
Name	Vorname	Geburtsdatum
_____		_____
Telefonnummer (Pflichtangabe!)		E-Mail Adresse

Anschrift - bitte nur bei Veränderung ausfüllen!

_____	_____	_____
Straße & Hausnr.	Postleitzahl	Wohnort

Krankenkasse - bitte immer ausfüllen!

Name der Versicherung

Hausarzt - bitte nur bei Veränderung ausfüllen!

Hausarzt / überweisender Arzt

Anschrift des Hausarztes / überweisenden Arztes

Notwendige / gewünschte Untersuchung - bitte immer ausfüllen!

- ☐ Magenspiegelung (ÖGD) ☐ Darmspiegelung (KOLOSKOPIE)

Begründung: ☐ Kontrollempfehlung laut gastroenterolog. Arztbrief

(z.B. Kontrolle nach Polypenentfernung, Kontrolle bei Barrett,...)

☐ **Beschwerden**, (Überweisung notwendig!). **Welche?**

**Veränderungen der Risiken? - bitte immer ausfüllen!**

1. Einnahme **blutverdünnender Medikamente** (z.B. ASS, Marcumar etc.)? ☐ ja ☐ nein

Welche?

2. Haben Sie **schwere Medikamentenunverträglichkeiten** oder **Allergien** (insb. Soja)? ☐ ja ☐ nein

Welche?

3. Ist bei Ihnen ein **erhöhter Augeninnendruck** bekannt? (= Glaukom = grüner Star)? ☐ ja ☐ nein

4. Schwere **neue Herz- oder Lungenerkrankung** ? ☐ ja ☐ nein

Welche?

5. **Körpergröße:** cm

6. **Gewicht:** kg

7. Verabreichen Sie **Insulin** oder ein **Medikament zur Gewichtsreduktion**, wie zum Beispiel Saxenda®, Wegovy®, Ozempic® oder Mounjaro®? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, welche?

Dämmerschlaf (Sedierung) gewünscht? ☐ ja ☐ nein

Wunschtermin Wochentag (bitte 2 angeben!):

☐ Montag ☐ Dienstag ☐ Mittwoch ☐ Donnerstag

.....

Unterschrift Patientin/Patient

untere Informationen werden von der Praxis ausgefüllt !

Check Daten & Indikation	MFA	ARZT
Beurteilung	☐ Indikation korrekt ☐ Direkttermin möglich ☐ Vorgespräch notwendig ☐	
Termin am		