

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Gibt es Probleme mit dem Stuhlgang? Ja Nein

Hatten Sie bereits eine Darmspiegelung? Ja Nein  
Wenn ja, wann? Datum: \_\_\_\_\_

Sind in Ihrer Familie urologische Vorerkrankungen bekannt? Ja Nein  
Wenn ja, nennen Sie diese bitte:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Sind in Ihrer Familie Krebserkrankungen bekannt? Ja Nein  
Wenn ja, nennen Sie diese bitte:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Nenne Sie bitte die Medikamente, die Sie regelmäßig einnehmen. Ja Nein

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Sind bei Ihnen schon Operationen erfolgt? Ja Nein  
Wenn ja, benennen Sie diese bitte:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Sind bei Ihnen Allergien bekannt? Ja Nein  
Wenn ja, welche?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Was machen Sie beruflich? // Was haben Sie beruflich gemacht?

\_\_\_\_\_

Rauchen Sie?  
Wenn ja, wie viele Zigaretten am Tag? \_\_\_\_\_

Seit wann rauchen Sie? \_\_\_\_\_