



KANTPRAXIS- SCREENINGBOGEN „Magenspiegelung“

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

damit wir die Terminvergabe optimal gestalten können, bitten wir Sie um einige Vorabinformationen.

Bitte senden Sie den ausgefüllten Screening- Bogen per Fax, Mail oder Post zurück.

Fax: 88 71 44 619
Postanschrift KANTPRAXIS
Kurfürstendamm 42
10719 Berlin
eMail info@kantpraxis.de

Die Screening- Bögen werden von einem Facharzt für Gastroenterologie beurteilt. Die Termine werden je nach medizinischer Dringlichkeit vergeben. Eine telefonische Nachfrage Ihrerseits ist nicht erforderlich. Innerhalb der nächsten 10 Arbeitstage werden wir uns bei Ihnen per Telefon oder Mail zur Terminvereinbarung melden.

Sollten Sie innerhalb dieser Frist keine Rückmeldung von uns erhalten, sind momentan alle Termine in unserer Praxis vergeben.

Name,

Vorname: _____ geb. am: _____

Ich bin gesetzlich bzw. privat krankenversichert bei: _____

Faxnummer/ eMail- Adresse: _____

optional Telefonnummer: _____

Ihre Praxis wurde mir empfohlen durch: _____

oder

ich wurde überwiesen von der Praxis _____

Mein Arzt hat folgende Verdachtsdiagnose: _____

Falls vorhanden, fügen Sie bitte eventuelle Vorbefunde bei.

Welche Beschwerden haben Sie?

Wann sind die Beschwerden erstmalig aufgetreten?

Ich nehme bereits wegen meiner Magenbeschwerden folgende Medikamente ein:

(wenn möglich, bitte mit Angabe der Einnahmedauer)
