Internistisches Klinikum
München Süd
Endoskopiezentrum
Klinik für Gastroenterologie
und Innere Medizin

Prof. Dr. med. Christian Steib

Chefarzt Gastroenterologie und Innere Medizin

Telefon Sekretariat +49 89 72400 4100

Fragebogen Endoskopie

Name: _____ Vorname: _____

Geb.: _____ Telefon: _____

Adresse: _____

_____

Aktuelle Medikation (alternativ: Medikamentenplan/aktuellen Arztbrief beilegen)

Name oder Wirkstoff	Einnahme				Bemerkung
	morgens	mittags	abends	nachts	
	☐	☐	☐	☐	
	☐	☐	☐	☐	
	☐	☐	☐	☐	
	☐	☐	☐	☐	
	☐	☐	☐	☐	
	☐	☐	☐	☐	
	☐	☐	☐	☐	
	☐	☐	☐	☐	
	☐	☐	☐	☐	
	☐	☐	☐	☐	