



Internistisches Klinikum  
München Süd  
Endoskopieszentrum  
Klinik für Gastroenterologie  
und Innere Medizin

**Prof. Dr. med. Christian Steib**

Chefarzt Gastroenterologie und Innere Medizin

Telefon Sekretariat +49 89 72400 4100

## Fragebogen Gastroenterologie

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

Geb.: \_\_\_\_\_ Tel-Nr.: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

### Welcher Arzt soll einen Bericht erhalten?

*Sie erhalten ebenfalls ein Duplikat des Berichts.*

Hausarzt \_\_\_\_\_

Facharzt (I) \_\_\_\_\_

Facharzt (II) \_\_\_\_\_

### Weitere Angaben (bitte Abkürzungen vermeiden)

Name der Krankenkasse: \_\_\_\_\_ Beihilfe?  ja  nein

Sind Sie selbst versichert?  ja

nein, mitversichert bei:

(Name, Vorname, Geburtsdatum, Adresse)

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

