



Datum

Patient  
Name, Vorname  
Geb. Datum

Diagnose

Wesentliche Vorbefunde

Bisherige/ aktuelle Medikation (CED-spezifisch)

Voroperationen (abdominal, perianal)

Fragestellung (z.B. OP-Indikation, Zweitmeinung, Befund-/Wundbeurteilung)

Telefonnummer behandelnder Arzt für Rückfragen

Behandelndes Krankenhaus/ Praxis (Stempel)

Sonstiges