



Klinik und Poliklinik für Dermatologie und Venerologie

Patienten-Anmeldeformular Proktologie Sprechstunde

Telefax: 0221-478 98334

Patientin/Patient	Telefonnummer Praxis und Stempel
Name, Vorname	
Straße Hausnummer	
PLZ, Ort	
Geb. Datum:	
Telefonnummer:	
E-Mail-Adresse:	

Diagnose/Fragestellung: _____

Hoch-auflösende Anoskopie (AIN screening) gewünscht: ☐ ja ☐ nein

Vorerkrankungen/Nebendiagnosen: _____

Proktologische Vorbefunde (inkl. Operationen): _____
