



Anmeldung

 Termin bereits vereinbart auf: _____Bitte aufbieten Dringlichkeit notfallmässig in 1-4 Wochen elektiv**Patient** Frau Herr

Name: _____

Geburtstag: _____

Vorname: _____

Telefon P.: _____

Adresse: _____

Mobile: _____

PLZ/Ort: _____

Telefon G.: _____

Krankenkasse: _____

E-Mail: _____

Kartenummer: _____

Gewicht (kg) und Grösse (cm): _____

Gewünschte Untersuchung:

Endoskopie:

- Gastroskopie
- Koloskopie
- Rektoskopie
- ERCP
- Endosonographie (oral / rektal)
- Sonographie Abdomen

Konsilium:

- IBD-Sprechstunde
- Gastroenterologische Sprechstunde
- Hepatologische Sprechstunde
- Anorektale Sprechstunde
- Ernährungsberatung

Funktionsdiagnostik:

- H₂-Atemtest Laktose
- H₂-Atemtest Fruktose
- H₂-Atemtest Laktulose
- 24h Impedanz pH-Metrie

Anderes:

- Leberbiopsie

Indikation, bisherige Therapie, Diagnose, Fragestellung:

Risikofaktoren:

- COPD
- Diabetes
- Schwangerschaft
- Allergien: _____
- Anderes: _____

Antikoagulation mit:

- Aspirin (muss nie abgesetzt werden)
- Plavix / Efient / Brilique
- Sintrom / Marcoumar
- Xarelto / Eliquis / Pradaxa / Lixiana
- niedermolekulares Heparin (LMWH)

Bericht gewünscht: per E-Mail per Post per Fax**Zuweisender Arzt / Ärztin:** _____**Stempel & Unterschrift:** _____**Datum:** _____**➔** Herzlichen Dank für Ihre Anmeldung. Alle Patienten-Vorbereitungsformulare finden Sie auf unserer Website.