



### 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:

- H<sub>2</sub>-Atemtest Laktose
- H<sub>2</sub>-Atemtest Fruktose
- H<sub>2</sub>-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.