



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
- Koloskopie kt. Screening-Programm

Konsilium:

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

Ref. Nr.: _____

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.