



## 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: \_\_\_\_\_

Kartennummer: \_\_\_\_\_

**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:****Bitte senden Sie uns eine aktuelle Medikamenten- & Diagnoseliste mit****Wichtig bitte ausfüllen:****Risikofaktoren:**

- ☐ COPD
- ☐ Diabetes
- ☐ Schwangerschaft
- ☐ GLP-1 (Ozempic, Wegovy, etc.)
- ☐ 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.