

Anmeldung Patient

Name, Vorname

Geburtsdatum

Strasse

PLZ / Ort

Telefon / Mobile
Etikett

Bitte aufbieten notfallmässig
 dringend
 nicht dringend

Termin vereinbart am: _____

Gewünschte Untersuchungen

Endoskopie

- Gastroskopie
- Koloskopie/Sigmoidoskopie
- Vorsorge Koloskopie
- Proktoskopie

Ultraschall

- Ultraschall Abdomen
- Ultraschall mit Kontrastmittel
- Elastographie der Leber
- Leberbiopsie

Sprechstunde

- Gastroenterologische Abklärung
- Hepatologische Abklärung
- Chron. entzündl. Darmerkrankungen

Klinische Angaben / Fragestellung

Quick _____

Thrombozyten _____

vom (Datum) _____

Blutverdünner: ASS, Clopidogrel, Efient, Brilique Marcoumar NOAK (Xarelto, Pradaxa, Eliquis, Lixiana)

Medikamente (ggfs Liste beifügen)

Beilagen (Laborwerte, Berichte)

Datum _____

Zuweisende(r) Ärztin / Arzt
(Stempel, Unterschrift)