



Anmeldung Gastroenterologie

Prof. Dr. W. Schwizer Dr. Mariam Steinhardt Dr. Alexandra Schwizer

Termin vereinbart auf: _____ **Bitte anbieten**

Name, Vorname _____ Geburtsdatum _____

Adresse _____

Telefon Privat _____ Telefon Geschäft _____

Krankenkasse _____

Gewünschte Untersuchung

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Konsilium | <input type="checkbox"/> Abdomen-Sonographie | <input type="checkbox"/> Biofeedback |
| <input type="checkbox"/> Gastroskopie | <input type="checkbox"/> Feinnadelpunktion (US) | <input type="checkbox"/> 24h pH-Metrie |
| <input type="checkbox"/> Koloskopie | <input type="checkbox"/> Leberbiopsie | |
| <input type="checkbox"/> Proktoskopie | <input type="checkbox"/> Rektale Sonographie | |
| <input type="checkbox"/> ERCP | <input type="checkbox"/> Manometrie (Ösophagus) | |
| <input type="checkbox"/> PEG-Sondeneinlage | <input type="checkbox"/> Manometrie (Anorektum) | |

Bei endoskopischen Untersuchungen/Punktionen bitte folgende Laborwerte angeben:

Quick: _____ Thrombozyten: _____ vom Datum: _____

Beschwerden _____

Bisherige Befunde _____

Bisherige Therapie _____

Fragestellung _____

Beilagen _____

Datum _____ **Zuweisender Arzt/Ärztin** (Stempel, Unterschrift)

Bitte um Zustellung neuer Anmeldeformulare

