



## Anmeldung Gastroenterologie

### Untersuchung gewünscht bei:

- Keine Präferenz     Prof. Werner Schwizer     Dr. Falk Fiedler

- 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"/> 24h pH-Manometrie                    |
| <input type="checkbox"/> Proktoskopie      | <input type="checkbox"/> Rektale Sonographie    | <input type="checkbox"/> C <sub>13</sub> Atemtest (H. pylori) |
| <input type="checkbox"/> ERCP              | <input type="checkbox"/> Manometrie (Ösophagus) | <input type="checkbox"/> H <sub>2</sub> Atemtest (Laktose)    |
| <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