

Anmeldung zur Überweisung

Bitte aufbieten

notfallmässig

in 1-4 Wochen elektiv

Patient Frau Herr

Vorname: _____

Telefon P.: _____

Name: _____

Mobile: _____

Adresse: _____

Telefon G.: _____

PLZ/Ort: _____

E-Mail: _____

Geburtsdatum: _____

Gewicht (kg): _____

Krankenkasse: _____

Grösse (cm): _____

VeKa-No: _____

Gewünschte Untersuchung

Endoskopie:

- Gastroskopie
- Koloskopie
- Rektoskopie
- ERCP

Konsilium:

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

Sonographie:

- Sonographie Abdomen
- Kontrastmittelsonographie
- Endosonographie

Anderes:

- Leberbiopsie
- _____

Indikation, bisherige Therapie, Diagnose, Fragestellung:

Risikofaktoren:

- COPD / OSAS
- Diabetes
- Schwangerschaft
- Allergien: _____
- Anderes: _____

Antikoagulation mit:

- Aspirin (muss nie abgesetzt werden)
- Plavix / Efigent / Brilique
- Sintrom / Marcoumar
- Xarelto / Eliquis / Pradaxa / Lixiana
- niedermolekulares Heparin (LMWH)

Berichte werden per E-mail versendet.

Zuweisender Arzt/Ärztin: _____

Stempel & Unterschrift: _____

Datum: _____