



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