Anmeldung / Zuweisung

Datum

Frau Herr

Name		Vorname
Geburtsdatum		
Strasse		
PLZ, Wohnort		
Tel. Privat		Tel. Geschäft
Natel		
Krankenkasse		

Gewünschte Untersuchung

Klinische Angaben / Fragestellung

- Konsilium
- Gastroskopie
 - Dilatation / Bougierung
- Koloskopie
 - Polypenabtragung
 - Dilatation / Bougierung
- Rektosigmoidoskopie
- Proktologische Untersuchung
 - Hämorrhoidentherapie
- PEG-Sonden-Einlage
- PEG-Sonden-Entfernung
- ERCP
- Sonographie Abdomen
- Leberbiopsie
- Laktoseintoleranz-Test
- C13-Atemtest (Helicobacter pylori)

- ist angemeldet am
- bitte Patient / Patientin aufbieten

Labor / Infektiosität

Quick/INR	Thrombozyten	Hämoglobin
Übertragbare Krankheiten		
Immunsuppression		
Endokarditis-Prophylaxe		

Zuweisende Ärztin / zuweisender Arzt (Name, Adresse oder Stempel und Unterschrift)