

Anmeldung zur Endoskopie

Name _____ Vorname _____
Strasse/Nr. _____ Geburtsdatum _____
Postleitzahl/Ort _____ Telefon privat _____
Krankenkasse _____ Telefon Gesch. _____
Policen-Nummer _____

Gewünschte Untersuchung

Gastroskopie Ambulant Spezielles _____
 Koloskopie Stationär
 ERCP Bitte direkt anbieten
 Bronchoskopie EBUS
 Kapselenteroskopie Gewünschter Zeitpunkt _____
 Enteroskopie
 Bericht per Post Bericht per Telefon Bericht per Fax Nr. _____

Diagnose / Fragestellung

Nebendiagnosen / Relevante frühere Untersuchungen / Medikamente

Gerinnung

Quick / INR _____ Thrombozyten _____ Datum _____
Thrombozytenaggregationshemmer? _____

Patienteninformation (obligatorisch)

Ich habe den Patienten über die geplante Untersuchung informiert und die schriftliche Patienteninformation abgegeben. Der Patient wird diese unterzeichnet zur Untersuchung mitbringen.

Datum _____ Arzt (Unterschrift und Stempel) _____

Bestellung von Formularen

(Sämtliche Patienteninformationen sind auf dieser Homepage www.zgks.ch abrufbar.)

Anmeldeformulare Patienteninformationen Gastroskopie deutsch
 Vorbereitung Koloskopie Koloskopie französisch
 Bronchoskopie Bronchoskopie italienisch
 englisch
 kroatisch
 türkisch