

## Anmeldung Gastroenterologie

Name  M  W  
Vorname  
Strasse / Nr. Geburtsdatum  
PLZ / Ort Telefon privat  
AHV-Nr. Mobile  
Krankenkasse Versicherten-Nr.

### Untersuchung

Gastroskopie  Koloskopie  Reкто-/Sigmoidoskopie  ERCP  
 Sonografie  KM-Sonografie  Leberbiopsie  Funktionsdiagnostik  
 Sprechstunde (H<sub>2</sub> Atemtest, pH Metrie)

**Zeitpunkt**  notfallmässig  baldmöglichst  elektiv

**Aufenthalt**  ambulant  stationär

**Diagnosen**

**Fragestellung**

**Medikamente**

**Antikoagulation / Tc-Agg-Hemmung**

**Labor**

Aktueller Quick /INR

Aktuelle Thrombozyten

Datum

Zuweisender Arzt