

Anmeldung für

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Oesophagogastroduodenoskopie | <input type="checkbox"/> Abdomensonographie |
| <input type="checkbox"/> Koloskopie | <input type="checkbox"/> Konsilium |
| <input type="checkbox"/> Flex. Rekto-Sigmoidoskopie | <input type="checkbox"/> 24h Impedanz pH-Metrie |
| <input type="checkbox"/> Starre Rektoskopie/Hämorrhoidenbehandlung | <input type="checkbox"/> Videokapselendoskopie Dünndarm |
| <input type="checkbox"/> ERCP | <input type="checkbox"/> GE-Abklärung nach eigenem Ermessen |
| <input type="checkbox"/> Endosonographie (oben/unten) | <input type="checkbox"/> Anderes |

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> PD Dr. Peter Netzer | <input type="checkbox"/> Dr. A. Sendensky | <input type="checkbox"/> Keine Präferenz/Nach Verfügbarkeit |
| <input type="checkbox"/> notfallmässig | <input type="checkbox"/> dringlich | <input type="checkbox"/> nicht dringlich |
| → Bericht gewünscht: | <input type="checkbox"/> per E-Mail | <input type="checkbox"/> schriftlich |

Patient:

Name: Vorname:

Geb.-Dat:

Tel. P : Tel.G : Mobile:

Strasse: Wohnort:

Bisherige Befunde (Anamnese, Klinik, Labor, Quick, Thrombo, RX, Sono, CT, MR):

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Bisherige Therapie:

.....

.....

Fragestellung:

.....

.....

.....

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Termin vereinbart auf | Stempel und Unterschrift des/der
zuweisenden Arztes/Ärztin |
| <input type="checkbox"/> Bitte aufbieten | |
| <input type="checkbox"/> Beilagen: | |
| <input type="checkbox"/> Kopien an: | |
| Datum: | |