



Anmeldung

Patienteninformation

Name	Nachname	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> divers
Strasse / Nr.	PLZ / Ort	Geburtsdatum
Tel. Mobile	Tel. Privat	E-Mail
<input type="checkbox"/> Keine Präferenz	<input type="checkbox"/> PD Dr. med. Peter Netzer	<input type="checkbox"/> Dr. med. Eva Foitzik
<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

Gewünschte Untersuchung

<input type="checkbox"/> Oesophagogastroduodenoskopie	<input type="checkbox"/> Endosonographie (oben / unten)
<input type="checkbox"/> Koloskopie (Dickdarmspiegelung)	<input type="checkbox"/> Abdomensonographie
<input type="checkbox"/> Rekto-Sigmoidoskopie	<input type="checkbox"/> Konsilium
<input type="checkbox"/> Proktoskopie	<input type="checkbox"/> Kapselendoskopie Dünndarm
<input type="checkbox"/> ERCP (Darstellung Gallen- und Pankreaswege)	<input type="checkbox"/> GI-Abklärung nach eigenem Ermessen
<input type="checkbox"/> Cholangioskopie (Gallenwegspiegelung)	<input type="checkbox"/> Anderes:

Wichtige Befunde / Therapien (Anamnese, Klinik, Labor, Quick, Thrombo, RX, Sono, CT, MR)

Medikamente (bitte Medikation angeben)

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