

Anmeldeformular

Termin am: _____

Bitte aufbieten

Patient

Name: _____

Telefon: _____

Vorname: _____

Mobile: _____

Adresse: _____

Telefon G: _____

PLZ/Ort: _____

E-Mail: _____

Geburtsdatum: _____

Krankenkasse: _____

Zuweisender Arzt

Name: _____

Telefon: _____

Adresse: _____

Fax: _____

PLZ/Ort: _____

E-Mail: _____

Gewünschte Untersuchung

Gastroskopie
Koloskopie
Rektoskopie
Konsilium
Atemtest für _____
Endosonographie oberer GI Trakt (oral)

Endosonographie unterer GI Trakt (rectal)
ERCP (nach Absprache)
Leberbiopsie
Sonographie Abdomen
Andere: _____

Klinische Angaben / Fragestellung

Aktuelle Medikamente

Antikoagulation mit:

- Bitte nach Möglichkeit absetzen
- Normale Blutwerte anstreben
- Quick bitte über 30%
- DOAK 24h vorher absetzen

Risikofaktoren

COPD
Schwangerschaft in der _____ Woche

Allergien: _____
Andere: _____

Bericht verfasst in deutsch in französisch per Post per Fax per E-Mail

Patienteninformation

Informationsmaterial und Vorbereitungsschema inklusive Medikamente/Rezept sind abgegeben worden

Datum: _____

Unterschrift: _____