

## ANMELDUNG GASTROENTEROLOGIE

Anmeldungen nehmen wir wochentags telefonisch von 08.00 – 16.30 Uhr oder schriftlich (Fax, Post, Mail) entgegen.

- Vereinbarter Termin: \_\_\_\_\_
- Patient bitte aufbieten: \_\_\_\_\_
- stationär -> wenn möglich am: \_\_\_\_\_

(Termin wird tel. von uns bestätigt!)

### GEWÜNSCHTE UNTERSUCHUNG

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> <b>Ösophago-Gastro-Duodenoskopie</b><br><input type="checkbox"/> mit Biopsie/Jumbo-Biopsie<br><input type="checkbox"/> mit Helicobacterdiagnostik<br><input type="checkbox"/> mit Sklerotherapie/Ligatur<br><input type="checkbox"/> mit Bougierung/Dilatation<br><input type="checkbox"/> mit perkutaner Gastrostomie (PEG)<br><input type="checkbox"/> mit Sondeneinlage<br><input type="checkbox"/> mit Lasertherapie<br><input type="checkbox"/> anderes _____ | <input type="checkbox"/> <b>Ileo-Koloskopie</b><br><input type="checkbox"/> mit Polypektomie<br><input type="checkbox"/> <b>Sigmoidoskopie</b><br><input type="checkbox"/> anderes _____<br><br><input type="checkbox"/> <b>Rektoskopie</b><br><input type="checkbox"/> mit Hämorrhoidentherapie<br><input type="checkbox"/> mit APC<br><input type="checkbox"/> anderes _____ | <input type="checkbox"/> <b>ERCP</b> (nur nach Rücksprache mit einem Gastroenterologen)<br><input type="checkbox"/> <b>Kapselendoskopie</b> (nach Rücksprache)<br><br><input type="checkbox"/> <b>Sonographie Abdomen</b><br><input type="checkbox"/> mit FNP Leber<br><input type="checkbox"/> mit FNP _____<br><br><input type="checkbox"/> Leberbiopsie (Menghini)<br><br><input type="checkbox"/> <b>Lactoseintoleranz</b><br><input type="checkbox"/> <b>Fructoseintoleranz</b><br><input type="checkbox"/> <b>Laktulose Atemtest</b> |
|---|--|--|
- Endosonographie oberer Gastro-intestinal Trakt (oral)**  
 **Endosonographie unterer Gastro-intestinal Trakt (rectal)**

Patientendaten:

### KLINISCHE ANGABEN / FRAGESTELLUNG

Viszerale Voroperation  nein  
 ja: welche? \_\_\_\_\_

**Aktuelles Problem und klinische Fragestellung** (wenn möglich mit einer aktuellen Diagnose- sowie Medikamentenliste beilegen, danke):

(Bei Platzmangel, Zusatzblatt beifügen)

Berichtskopie an (Name und Ort): \_\_\_\_\_

#### Allergien:

- nein  
 ja: welche? \_\_\_\_\_

#### BE vom

Hämoglobin .....  
 Thrombozyten .....  
 Quick/INR .....

#### Antikoagulantien/TC-Hemmer?

- nein  
 ja: welche? \_\_\_\_\_

Antirheumatika (< 10 Tage) ja  nein   
 Niereninsuffizienz ja  nein

**ZUWEISER** (Blockschrift):

Stempel:

Hr./Fr. Dr. med. \_\_\_\_\_  
 Adresse \_\_\_\_\_  
 Abteilung \_\_\_\_\_

Visum des zuweisenden Arztes: \_\_\_\_\_