Anmeldung zur ambulanten gastroenterologischen Untersuchung/Abklärung

Fax: 041 205 21 77 anmeldung.gastroenterologie@luks.ch

Zuweisender Arzt: _____ Datum: _____

Patientendaten

☐ Herr ☐ Frau Geburtsdatum: _____

Name: _____ Vorname: _____

Strasse: _____ PLZ / Ort: _____

Tel Privat: _____ Tel mobile: _____

Zusatzversicherung: ☐ nein ☐ ja (wird nach Möglichkeit in Sprechstunde des Kaderarztes geplant)

Oral antikoaguliert: ☐ nein ☐ ja _____

Plättchenhemmer: ☐ nein ☐ ja _____

☐ Gastroenterologische Sprechstunde

☐ Ösophago-Gastroduodenoskopie

☐ Koloskopie

☐ ERCP

☐ Abdominaler Ultraschall

☐ Leberbiopsie

☐ Aszitespunktion

☐ Sigmoidoskop. Anastomosenkontrolle o.V.

☐ Hepatologische Sprechstunde

☐ Obere Endosonographie

☐ Rektale Endosonographie

☐ Ösophagus-24-Std.-pH-Metrie

☐ Ösophagus-Manometrie

☐ Andere:

☐ Anmeldung PEG (stationäre Anmeldung)

Anamnese / Befund / Fragestellung:	Aktuelle Medikamente: