|  |  |
| --- | --- |
| Anmeldung Gastroenterologie |  |
| **Gewünschter Standort**[ ]  8630 Rüti [ ]  8640 Rapperswil Neuwiesenstr. 9 Güterstr. 21/23T: +41 55 251 50 20 T: +41 55 220 17 17F: +41 55 251 50 22 F: +41 55 220 17 18E-Mail: gastro@derbauch.ch | **Terminvergabe**[ ]  vereinbart am: Datum um Zeit[ ]  bitte aufbieten [ ]  elektiv[ ]  dringend |
| **Patient/in** (oder Etikette)Name: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Vorname: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Strasse: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_PLZ/Ort: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Krankenkasse: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Vers. Nr.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | [ ]  weiblich [ ]  männlichGeb. Datum: Tel. P: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Tel. M: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Tel. G: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_E-Mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_[ ]  Hausarztmodell |
| **Arztpräferenz**[ ]  keine [ ]  Dr. H.U. Ehrbar [ ]  Dr. U. Gassmann [ ]  Fr. Dr. S. Kenngott |

|  |
| --- |
| **Klinische Angaben – Fragestellung:** |
| **Gewünschte Untersuchung**[ ]  Konsiliarische gastroenterologische Abklärung [ ]  Hepatologische Abklärung**\***[ ]  Gastroskopie**\*** [ ]  Abdomensonographie**\***[ ]  Koloskopie**\*** [ ]  Untere starre Endosonographie[ ]  Proktologische Abklärung [ ]  Leberbiopsie**\***[ ]  Kapselendoskopie**\*** [ ]  Feinnadel Punktion**\***[ ]  weitere Abklärungen gemäss klinischer Indikation [ ]  Leber Elastographie\* [ ]  Funktionsdiagnostik\* (nur in Wetzikon)**\*Wichtig!** Für diese Untersuchungen gilt folgendes: Am Untersuchungstag nüchtern. Nach Gastroskopie, Koloskopie und Leberbiopsie keine Fahrzeuge lenken! |
| **Besonderes**[ ]  Antikoagulation womit? [ ]  Endokarditisprophylaxe?[ ]  Tc-Antiaggregation womit?  |
| **Datum: Unterschrift / Stempel:** |