



Anmeldung zur Überweisung

Bitte anbieten: **Dringend!** Innert 1-4 Wochen Elektiv

Patient

Frau Herr

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Vorname: _____

Telefon P.: _____

Adresse: _____

Mobile: _____

PLZ/Ort: _____

E-Mail: _____

Krankenkasse: _____

Kartennummer: _____

Indikation, bisherige Therapie, Diagnose, Fragestellung:

Endoskopie

- Gastroskopie Koloskopie Rektoskopie
 obere Endosonographie untere Endosonographie ERCP

Ultraschall

- abdominelle Sonographie / Verdauungstrakt Lebersteifigkeitsbestimmung (Fibroscan)

Sprechstunde

- Allgemein IBD-Sprechstunde Leber / Pankreas

Nahrungsmittelintoleranzen / Atemtest

- Glukose (bakt. Fehlbesiedlung) Laktose Fruktose

Risikofaktoren:

- COPD Diabetes Schwangerschaft

Allergien: _____

Anderes: _____

Antikoagulation mit:

- Aspirin (muss nie abgesetzt werden)
 Plavix / Efient / Brilique
 Sintrom / Marcoumar
 Xarelto / Eliquis / Pradaxa / Lixiana
 Niedermolekulares Heparin (LMWH)

Zuweisender Arzt

Name/Vorname: _____

Praxis: _____

E-Mail: _____

Stempel & Unterschrift: _____