

Zuweisung: Gastroenterologische und hepatologische Abklärung

Patientin/ Patient:

Name/ Vorname

Geburtsdatum

Adresse

Telefon/ Email

Gewünschte Untersuchung

- Ösophago-Gastro-Duodenoskopie
- Ileo-Koloskopie
- Proktoskopie
- Ultraschall Abdomen
- Atemtest: Laktose Fruktose Helicobacter pylori
- Sprechstunde: Gastroenterologie
- Sprechstunde: Hepatologie

- | | | | |
|---------------|--------------------------------|-----------------------------------|--|
| Dringlichkeit | <input type="checkbox"/> hoch | <input type="checkbox"/> normal | <input type="checkbox"/> ab: |
| Weitere Abkl. | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> Ermessen | <input type="checkbox"/> Rücksprache |
| Bericht | <input type="checkbox"/> Email | <input type="checkbox"/> Brief | <input type="checkbox"/> Fax <input type="checkbox"/> Telefon |
| Arzt | <input type="checkbox"/> Egal | <input type="checkbox"/> Geyer | <input type="checkbox"/> Stamenic <input type="checkbox"/> Wachter |

Indikation/ Fragestellung

Vorbefunde und aktuelles Labor (falls vorhanden) bitte beilegen.

Datum

Praxisstempel