

Anmeldung für/bei:

- | | | | |
|---|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Oesophagogastroduodenoskopie | <input type="checkbox"/> ERCP | | |
| <input type="checkbox"/> Koloskopie | <input type="checkbox"/> Abdomensonographie | | |
| <input type="checkbox"/> Sigmoidoskopie | <input type="checkbox"/> GE-Abklärung nach eigenem Ermessen | | |
| <input type="checkbox"/> Rektoskopie/Hämorrhoidenbehandlung | <input type="checkbox"/> | | |
| <input type="checkbox"/> notfallmässig | <input type="checkbox"/> dringlich | <input type="checkbox"/> nicht dringlich | |
| <input type="checkbox"/> nach ärztl. Verfügbarkeit | <input type="checkbox"/> Dr. S. Bauer | <input type="checkbox"/> Dr. J. Sollberger | <input type="checkbox"/> med. pract. B. Friedli |
| <input type="checkbox"/> Dr. G. Faleschini | | | |

Patient

Name: _____ Vorname: _____
Geb.-Dat: _____ Fon P: _____ G: _____ M: _____
Strasse: _____ Wohnort: _____

Bisherige Befunde: (Anamnese/Klinik/Labor,Quick,Thrombo/Rx/ Sono/CT/MR)

Therapie, Gerinnungs-/Tc-Hemmung: _____

Fragestellung:

Termin vereinbart auf: _____

Bitte aufbieten

Beilagen:

Datum: _____

Stempel und Unterschrift des/der
zuweisenden Arztes/Ärztin: