



Patienten-Anmeldung

Name	Vorname
Strasse	PLZ/Ort
Geburtsdatum	E-Mail
Telefon/Mobile	

ggf. Etikett

Termin: Patient bitte aufbieten Termin wurde vereinbart auf: _____

Gewünschte Untersuchungen

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Gastroskopie | <input type="checkbox"/> H2-Atemtest auf |
| <input type="checkbox"/> Koloskopie | <input type="checkbox"/> Laktose <input type="checkbox"/> Fruktose <input type="checkbox"/> Lactulose (SIBO) |
| <i>Medikament für Darmvorbereitung (Abführung):</i> | <input type="checkbox"/> Helicobacter pylori <input type="checkbox"/> Andere |
| <input type="checkbox"/> bereits abgegeben | <input type="checkbox"/> Konsilium allgemein |
| <input type="checkbox"/> abzugeben durch uns | <input type="checkbox"/> Reizdarmsprechstunde |
| <input type="checkbox"/> Sigmoidoskopie | <input type="checkbox"/> Hepatolog. Konsil |
| <input type="checkbox"/> Rektale Endosonographie | <input type="checkbox"/> Anderes: _____ |
| <input type="checkbox"/> Proktoskopie/Rektoskopie | |
| <input type="checkbox"/> Abdomen-Sonographie (evtl. mit Duplex, Kontrast) | |
| <input type="checkbox"/> Katheterlose Kapsel-pH-Metrie (BRAVO) | |

Klinische Angaben, Fragestellung:

Dringlichkeit: Notfallmässig Dringlich Nichtdringlich

Wunschtermin: _____

Berichterstattung per: E-Mail Post Fax

Datum _____

Stempel und Unterschrift Ärztin/Arzt _____

