

## Anmeldung Gastroenterologie

Medizinische Klinik | Gastroenterologie | T +41 55 418 53 31 | sekretariat.endoskopie@einsiedeln.ameos.ch

### Zuweiser

Name/Vorname \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_  
Praxis/Klinik \_\_\_\_\_ Ort/Datum \_\_\_\_\_  
Telefon \_\_\_\_\_

### Patient/Patientin

Name \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_  
Vorname \_\_\_\_\_ Telefon privat \_\_\_\_\_  
Strasse/Nummer \_\_\_\_\_ Mobile \_\_\_\_\_  
PLZ/Wohnort \_\_\_\_\_ Krankenkasse \_\_\_\_\_

<b>Versicherung</b>	Allgemein	Halbprivat	Privat
<b>Zeitpunkt</b>	notfallmässig	baldmöglichst	gelegentlich
<b>Aufenthalt</b>	ambulant	stationär	

### Untersuchung

Oesophago-Gastro-Duodenoskopie	Koloskopie	Rekto-/Sigmoidoskopie
PEG-Anlage	Proktoskopie	Ultraschall

### Indikation/Fragestellung

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Diagnosen

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Medikamente

\_\_\_\_\_

### Antikoagulation/TC-Agg-Hemmung

\_\_\_\_\_

### Im Kontext wichtige Laborresultate

\_\_\_\_\_

### Bemerkungen

\_\_\_\_\_