



Gastroenterologische und hepatologische Abklärung → Zuweisung

Name/Vorname

Geburtstag

Adresse

Telefon/Mobil

E-Mail

Krankenkasse

Karten-Nr.:

Dringlichkeit

Hoch

Normal

ab

Gewünschte Untersuchung

Ösophago-Gastro-Duodenoskopie *

Ileo-Koloskopie */**

Flexible Sigmoidoskopie *

Proktologische Abklärung / Hämorrhoidenbehandlung *

Hepatologische Abklärung

Ultraschall Abdomen

Leberbiopsie *

Gastroenterologische Abklärung

Anderes (Bitte Erläuterung im Textfeld unten)

* Abgabe Einverständniserklärung

Zuweiser

Gruber Manz

** Abgabe Medikamente und

Instruktion zur Darmvorbereitung

Zuweiser

Gruber Manz

Gerinnungshemmende Medikamente

Ja

Nein

Indikation / Fragestellung

Datum

zuweisender Arzt/Aerztin

Praxisstempel

Wir bitten Sie Vorbefunde und aktuelles Labor (falls vorhanden) ebenfalls zukommen zu lassen.