

Zuweisung Gastroenterologie/Hepatologie

Patientin/Patient

Vorname _____
Name _____
Geburtsdatum _____
Strasse, Nr. _____
PLZ, Ort _____
Telefon / Mobile _____
Krankenkasse _____

- gastroenterologische Sprechstunde
- hepatologische Sprechstunde
- Gastroskopie
- Koloskopie
- Rektoskopie / Proktoskopie
- ERCP
- Endosonographie
- Sonographie Abdomen
- IBD-Sprechstunde
- Beckenboden-Sprechstunde
- Leberbiopsie
- Refluxabklärung
- Intoleranzabklärung

Indikation, Therapie, Diagnose oder Fragestellung:

Risikofaktoren

- COPD
- Diabetes Insulin
- Schwangerschaft
- Allergien: _____
- Anderes: _____

Antikoagulation mit:

- Aspirin
- Plavix / Efigent / Brillique
- Sintrom / Marcoumar
- Xarelto / Eliquis / Pradaxa / Lixiana
- Niedermolekulares Heparin (LMWH)

Bemerkungen

Zuweiserin/Zuweiser: _____

Datum: _____

Unterschrift: _____