

Merkurstrasse 25
8400 Winterthur
T 052 233 48 38
mdz-winterthur@hin.ch

Rheinstrasse 23
8500 Frauenfeld
T 052 722 22 82
mdz-frauenfeld@hin.ch

Florastrasse 1
9403 Goldach
T 071 898 12 10
mdz-goldach@hin.ch



ANMELDUNG ZUR GASTROENTEROLOGISCHEN UNTERSUCHUNG

☐ Termin vereinbart am _____ ☐ Bitte zur Untersuchung aufbieten

Name, Vorname _____ Geburtsdatum _____

Adresse _____

Telefon Privat _____ Telefon Geschäft/Mobil _____

Krankenkasse _____

GEWÜNSCHTE UNTERSUCHUNG

OBERER MAGEN-DARM-TRAKT	MITTLERER MAGEN-DARM-TRAKT	UNTERER MAGEN-DARM-TRAKT	
☐ Gastroskopie ☐ 48-Stunden Kapsel pH-Metrie	☐ Kapselenteroskopie ☐ Bakterielle Fehlbesiedlung des Dünndarms	☐ Koloskopie ☐ Sigmoidoskopie ☐ Rektoskopie ☐ Proktoskopie	☐ Rektale Endosonographie ☐ Anale Manometrie ☐ Diarrhoeabklärung ☐ Obstipationsabklärung

SPRECHSTUNDEN	SONOGRAPHIEN	NAHRUNGSMITTEL- UNVERTRÄGLICHKEIT
☐ Allgemeine Konsultation ☐ Hepatologische Sprechstunde ☐ Gastroenterologisches Konsilium ☐ CED (chron.-entzündliche Darmerkrankung) ☐ Stuhlinkontinenzabklärung	☐ Sono-Abdomen ☐ Leberbiopsie (Ultraschall gesteuert) ☐ Fibroscan (Messung Lebersteifigkeit) ☐ Darmsonographie ☐ Anderes	☐ Laktose ☐ Fruktose ☐ Zöliakie ☐ Histamin ☐ Sorbit ☐ SIBO ☐ Anderes

ANAMNESE

Fragestellung _____

Aktuelles Labor _____ INR / Quick (< 1.4 / ≥ 50%) Ja ☐ Nein ☐

Bisherige Therapie _____

Möchten Sie den Befund ☐ Elektronisch ☐ Per Post ☐ Per Fax

Datum _____ Zuweisende/r Arzt/Ärztin (Unterschrift, Stempel)

Bitte um Zustellung neuer Vorbereitungsblätter für ☐ Picoprep ☐ Moviprep ☐ Plenvu

☐ Bitte um Zustellung neuer Anmeldeformulare