



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	
<input type="checkbox"/> Gastroskopie <input type="checkbox"/> Oesophagus-Manometrie <input type="checkbox"/> 48-Stunden Kapsel pH-Metrie	<input type="checkbox"/> Doppelballonenteroskopie <input type="checkbox"/> Kapselenteroskopie <input type="checkbox"/> Bakterielle Fehlbesiedlung des Dünndarms	<input type="checkbox"/> Koloskopie <input type="checkbox"/> Sigmoidoskopie <input type="checkbox"/> Proktoskopie	<input type="checkbox"/> Anorektale Funktionsdiagnostik <input type="checkbox"/> Diarrhoeabklärung <input type="checkbox"/> Obstipationsabklärung
SPRECHSTUNDEN		SONOGRAPHIEN	NÄHRUNGSMITTEL- UNVERTRÄGLICHKEIT
<input type="checkbox"/> Allgemeine Konsultation <input type="checkbox"/> Hepatologische Sprechstunde <input type="checkbox"/> Gastroenterologisches Konsilium <input type="checkbox"/> CED (chron.-entzündliche Darmerkrankung) <input type="checkbox"/> Stuhlinkontinenzabklärung		<input type="checkbox"/> Sono-Abdomen <input type="checkbox"/> Leberbiopsie (Ultraschall gesteuert) <input type="checkbox"/> Anderes	<input type="checkbox"/> Laktose <input type="checkbox"/> Fruktose <input type="checkbox"/> Zöliakie <input type="checkbox"/> Histamin <input type="checkbox"/> Sorbit <input type="checkbox"/> 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 Colophos Cololyt

Bitte um Zustellung neuer Anmeldeformulare