Anmeldeformular Gastroenterologie

Gemeinschaftspraxis am Kreisel
Henauerstrasse 3
9524 Zuzwil SG
praxiszuzwil@hin.ch
071 571 48 85

Gemeinschaftspraxis
am Kreisel

Patientendaten:

Name:

Vorname:

Geburtstag:

Adresse:

Natel/Telefon:

E-mail:

Krankenkasse:

Gewünschte Untersuchung(en)

- ○ Gastroskopie
- ○ Koloskopie
- ○ Proktoskopie
- ○ Kapselendoskopie
- ○ Kolontransitzeitmessung
- ○ Abdomensonographie
  - ○ CEUS (Kontrastmittelsonographie)
  - ○ Scherwellenelastographie
- ○ Leberbiopsie
- ○ Atemtest
  - ○ Fruktose
  - ○ Laktose
  - ○ Laktulose (SIBO)

Anamnese/Bemerkungen:

Gewünschte Frist:

❑ dringend (<Tagen), ❑ zeitnah (< Wochen), ❑ nicht dringend (<2-3 Monate)

❑ bereits ausgemacht: _____

Medikation: ❑ Antikoaguliert mit: _____

(Antikoagulation kein Problem, Ausnahme Leberbiopsie)

Ort/Datum:

Zuweisender Arzt/ Praxisstempel