

Patientenanmeldung

Name/ Vorname		Geburtsdatum	
Adresse			

Telefon/Mobil		E-Mail		VeKa-Nr.	807...
---------------	----------------------	--------	----------------------	----------	-------------------------------------

Termin: ☐ bereits vereinbart; Datum/ Zeit:

Aufzubieten: ☐ dringend ☐ bald ☐ elektiv

- ☐ **Gastroenterologische Beurteilung/ Abklärung/ Beratung**
- ☐ **Oesophago-Gastro-Duodenoskopie** (6 h nüchtern, ohne Auto wegen Sedation)
- ☐ **Ileo-Colonoskopie** (Vorbereitung gem. Schema, ohne Auto wegen Sedation)
 - ☐ Vorbereitung/ Instruktion durch Praxis im Oristal
 - ☐ Vorbereitung/ Instruktion durch Hausarztpraxis
- ☐ **Sigmoidoskopie** (flexibel)
- ☐ **Anoskopie/ Rectoskopie** (starr)
- ☐ **Ultraschall** Abdomen oder Region: (4 h nüchtern, volle Blase)
- ☐ **Anderes:**

Fragestellung, klinische Angaben, Therapie, Befunde, Labor:

Orale Antikoagulation, Allergie, Bemerkungen:

Ort/ Datum:

Absender/ Stempel:

Berichtskopie an:

- ☐ Bitte weitere Formulare „Patientenanmeldung“ schicken
 - ☐ Bitte weitere Formulare „Colonoskopie-Vorbereitung“ schicken
 - ☐ Bitte weitere Terminkarten für Patienten schicken
- (alle Formulare können auch von <http://praxis-im-oristal.ch> heruntergeladen werden)