

Anmeldung Gastroenterologie/Hepatologie

Patientendaten:

Name: _____
 Vorname: _____
 Geburtsdatum: ____/____/____
 Strasse: _____
 PLZ/ Ort: _____
 Telefon: _____

Zuweisende(r) Ärztin /Arzt
 (Stempel und Unterschrift):

Datum: _____

Kostenträger:

Grundversicherung: _____ Vers.-Nr.: _____
 Zusatzversicherung: _____ Vers.-Nr.: _____ A HP P
 Unfallversicherung: _____ Vers.-Nr.: _____ A HP P

Um den Patienten beim Eintritt schneller bedienen zu können bzw. korrekt anzubieten, bitten wir Sie, die Versicherungsangaben komplett auszufüllen. Zusätzlich sollte der Patient darauf hingewiesen werden, dass er seine Versicherungskarte am Behandlungstag mitnehmen muss. Vielen Dank für Ihre Unterstützung und Zuweisung.

Untersuchungen

- 24-h pH-Metrie
- Manometrie Oesophagus
- Ösophago-Gastroduodenoskopie
- Ileo-Koloskopie
- Abgabe Darmvorbereitungslösung:
 - durch zuweisenden Arzt/Ärztin
 - durch Medizinische Diagnostik
- Flexible Rektosigmoidoskopie (nur spez. Fragestellungen)
- Anoskopie
- Atemtest Glukose
- Atemtest Fruktose
- Atemtest Laktulose
- Kapselendoskopie
- ERCP
- Endosonographie:
 - obere
 - untere flexibel
 - untere starre
- Ultraschall Abdomen + Aszitespunktion
- Leberbiopsie
- Helicobacter pylori C₁₃ Atemtest
- Sprechstunde

Fortsetzung auf Seite 2 >

Patient: Name: _____ Vorname: _____

Risikofaktoren falls zutreffend unbedingt ankreuzen:

- Hämorrhagische Diathese: _____
- Aspirin Plavix Efient
- Orale Antikoagulation: _____
- Subkutane Antikoagulation: _____
- Endokarditisprophylaxe: _____
- Insulinpflichtiger Diabetes mellitus: _____

Medikamentöse Therapie:

Anamnese:

Fragestellung:

◀ zurück zu Seite 1