

# Anmeldung Gastroenterologie/Hepatology

**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.*

**Auf der Gastroenterologie bieten wir ab sofort folgende Untersuchungen an**

- 24-h pH-Metrie
- Manometrie Oesophagus
- Atemtest Glukose
- Atemtest Fruktose
- Atemtest Laktulose

**Abklärung und Behandlung**

- Ösophago-Gastroduodenoskopie
- Ileo-Koloskopie
- Abgabe Darmvorbereitungslösung:
  - durch zuweisenden Arzt/Ärztin
  - durch Medizinische Diagnostik
- Flexible Rektosigmoidoskopie (nur spez. Fragestellungen)
- Kapselendoskopie
- Anoskopie
- ERCP
- Endosonographie:
  - obere
  - untere flexibel
  - untere starre
- Ultraschall Abdomen  + Aszitespunktion
- Leberbiopsie
- Helicobacter pylori C<sub>13</sub> 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