

## Zuweisung Gastropraxis Steinenberg

### Patientendaten

Name / Vorname \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum \_\_\_\_\_  
Adresse \_\_\_\_\_  
Telefon (Mobil / Geschäft) \_\_\_\_\_  
Email \_\_\_\_\_  
Krankenkasse \_\_\_\_\_  
Versicherungsnummer \_\_\_\_\_

### Termin

Dringlichkeit: Dringlich  Bald  Elektiv   
Vereinbartes Datum: \_\_\_\_\_

### Gewünschte Untersuchung

- Gastroskopie
- Coloskopie
- Flexible Rektosigmoidoskopie
- Anoskopie
- Sonographie
- Leberelastographie
- Gastroenterologische oder hepatologische Sprechstunde
- Psychosomatische Sprechstunde

### Weitere Informationen

Zuweisungsgrund, Klinik, Befunde, Labor, bisherige Therapie:

Relevante Erkrankungen: \_\_\_\_\_

Medikamente: \_\_\_\_\_

Allergien: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Name Zuweiser:in: \_\_\_\_\_