

---

## PATIENTENANMELDUNG

Herr  Frau

Name / Vorname: .....

Adresse: .....

Geburtsdatum: ..... Krankenkasse: .....

Telefon / Mobil / Email: .....

---

### Termin

vereinbart für (Datum/Zeit): .....  aufzubieten (Dringlichkeit): .....

---

### Untersuchung

Gastroenterologische / hepatologische Beurteilung / Abklärung / Beratung

Oesophago-Gastro-Duodenoskopie

Koloskopie

Sigmoidoskopie

Ano-Rektoskopie

Ultraschall Abdomen

H<sub>2</sub>-Atemtest

Anderes .....

---

Antikoagulation? Tc-Aggregationshemmer? Welches Medikament?

---

Fragestellung / klinische Angaben / Anamnese / Befunde / Allergien / Bemerkungen

---

Zuweisende/r Ärztin / Arzt: ..... Datum: .....

Adresse: ..... Tel.: .....

Email: ..... Fax: .....