

Anmeldung

Termin bereits vereinbart für _____ Bitte aufbieten
Dringlichkeit innerhalb 48 Std. innerhalb 1 Wo elektiv
stationär -> wenn möglich am _____

Patient Frau Herr

Name _____ Geburtstag _____
Vorname _____ Telefon _____
Adresse _____ Mobile _____
PLZ/Ort _____ E-Mail _____
Krankenkasse _____ Kartenummer _____

Gewünschte Untersuchung

Endoskopie

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Ösophago-Gastro-Duodenoskopie | <input type="checkbox"/> Ileo-Koloskopie | <input type="checkbox"/> Sonographie Abdomen |
| <input type="checkbox"/> mit perkutaner Gastrostomie (PEG) | <input type="checkbox"/> Sigmoidoskopie | <input type="checkbox"/> mit FNP Leber |
| <input type="checkbox"/> mit Sondeneinlage | <input type="checkbox"/> Proktoskopie | <input type="checkbox"/> mit FNP _____ |
| | <input type="checkbox"/> mit Hämorrhoidentherapie | <input type="checkbox"/> Shear Wave Elastographie |
| <input type="checkbox"/> ERCP | <input type="checkbox"/> Kapselendoskopie | <input type="checkbox"/> Anderes _____ |
| <input type="checkbox"/> Endosonographie OGI-Trakt (oral) | <input type="checkbox"/> KoGu vorliegend | |
| <input type="checkbox"/> Endosonographie UGI-Trakt (rektal) | <input type="checkbox"/> KoGu beantragen | |

Funktionsdiagnostik

- H2-Atemtest Laktose
- H2-Atemtest Fruktose
- H2-Atemtest Glukose
- 24h Impedanz pH-Metrie
- MR-Manometrie oral

Konsilium

- Gastroenterologische Sprechstunde
- IBD-Sprechstunde
- IBD-Infusionstherapie

Indikation, bisherige Therapie, Diagnose, Fragestellung

Risikofaktoren

- COPD
- Diabetes
- Allergien _____
- Anderes _____

Antikoagulation mit

- Aspirin (muss nicht abgesetzt werden) niedermolekulares Heparin
- Plavix / Efient / Brilique
- Sintrom / Marcoumar
- Xarelto / Eliquis / Pradaxa / Lixiana

Zuweiser (Stempel+Unterschrift) _____

Datum _____