

Patient:in

Name
Vorname
Strasse
PLZ / Ort
Geb.datum Geschlecht
AHV-Nr.
Telefon
Mail

Empfänger

GLN ZSR
Mail

Kostenträger

Adresse

GLN

Gesetz/Fall

Beh. grund
Gesetz
Vers.-Nr.
Fall.-Nr./-Dat.

Untersuchungstermin dringend Patient:in meldet sich Termin vereinbaren ab
 Termin vereinbart am ::

Gewünschte Untersuchung

Gastroskopie Ultraschall Anderes (bitte angeben)
 Koloskopie Leberbiopsie
 flexible Sigmoidoskopie
 Proktoskopie Gastro-Sprechstunde
 Funktionsdiagnostik Hepato-Sprechstunde

Indikation / Fragestellung

Bei Platzproblemen können Sie das Zusatzfeld auf der Folgeseite verwenden

Gerinnungshemmende Medikamente Nein Ja

Zuweiser:in

Zuweiser:in = Hausärzt:in

Mail
GLN ZSR
Tel.

Hausärzt:in

Bitte Befundkopie an Hausärzt:in

Mail
GLN ZSR
Tel.

Datum

Elektronische Übermittlung

Bemerkungen