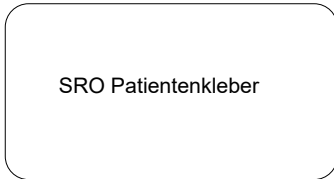


Anmeldung Gastroenterologie und Hepatologie

Personalien



Name
Vorname
Strasse
PLZ, Ort
eMail

Geb.datum
Geschlecht
AHV-Nr.
Telefon
Telefon

Kostenträger

- Krankheit
 Unfall
 Vorsorgeuntersuchung

Termin

- nicht dringend Untersuchungstermin: Zeit:
 dringend PatientIn direkt aufbieten

Klinische Angaben (Anamnese, Indikation, Nebendiagnosen und stattgefundene Endoskopien)

Gewünschte Untersuchung

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Abdomensonographie | <input type="checkbox"/> Gastroskopie | <input type="checkbox"/> H2-Atemtest Fructose |
| <input type="checkbox"/> Fibroscan | <input type="checkbox"/> PEG | <input type="checkbox"/> H2-Atemtest Laktose |
| <input type="checkbox"/> Leberbiopsie | <input type="checkbox"/> Koloskopie | <input type="checkbox"/> H2-Atemtest Laktulose |
| <input type="checkbox"/> Aszitespunktion | <input type="checkbox"/> <i>Darmvorbereitung bereits abgegeben</i> | <input type="checkbox"/> H. pylori Atemtest |
| <input type="checkbox"/> Gastroenterologie-Sprechstunde | <input type="checkbox"/> Rektoskopie/Proktoskopie | <input type="checkbox"/> Obere Endosonographie |
| <input type="checkbox"/> Hepatologie-Sprechstunde | <input type="checkbox"/> ERCP | <input type="checkbox"/> Untere Endosonographie |

Begleitkrankheiten

- Herzkrankheit COPD Schlafapnoe
 Allergie:
 Anderes:

Medikation (Medikament, Dosierung)

	Ja	Nein	Blutwerte (falls vorhanden)
OAK	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Datum:
NOAK	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Quick/INR:
Heparin s.c.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Thrombo-
Thrombozyten- hemmer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	zyten:

Hausarzt

Name GLN
Adresse ZSR

Zuweisender Arzt

Datum

Tel. Fax
GLN ZSR
eMail

Unterschrift (bei elektronischer Übermittlung nicht nötig)

Elektronische Übermittlung

Mittels dem Button «Senden» übermitteln Sie das Formular direkt und gesichert an das Endoskopiezentrum, Spital Langenthal.