

Zuweisung Gastroenterologie

➔ Für Notfälle wenden Sie sich bitte direkt an den Dienstarzt der Medizin (044 911 14 00)

Patientenname:			Vorname:			Geburtsdatum:		
Adresse:			PLZ/Ort:			Telefon:		
Termin:		<input type="checkbox"/> dringlich	<input type="checkbox"/> nicht dringlich	<input type="checkbox"/> Gewünscht am				
Versicherungsklasse:		<input type="checkbox"/> Privat	<input type="checkbox"/> Halbprivat	<input type="checkbox"/> Allgemein				
Aufenthaltsart:		<input type="checkbox"/> Ambulant	<input type="checkbox"/> Stationär					
Diagnose/ Problem:								
Anamnese/Befund:								
Bisherige Medikamente:								
Fragestellung:								
Deutschkenntnisse:		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Falls nein, welche Sprachkenntnisse:				
Beruf:								
Gewünschte ambulante Untersuchung:		<input type="checkbox"/> Gastroenterologisches Konsilium <input type="checkbox"/> Hepatolgisches Konsilium <input type="checkbox"/> Gastroskopie <input type="checkbox"/> Dilatation <input type="checkbox"/> PEG – Anlage/ Wechsel <input type="checkbox"/> PEG – Entfernung <input type="checkbox"/> Endoskopischer Ultraschall (EUS) <input type="checkbox"/> Koloskopie <input type="checkbox"/> Screening – Koloskopie <input type="checkbox"/> Rektosigmoidoskopie <input type="checkbox"/> Proktoskopie <input type="checkbox"/> Hämorrhoidenligatur			<input type="checkbox"/> Kapselendoskopie <input type="checkbox"/> Atemtest <input type="checkbox"/> Laktose <input type="checkbox"/> Fruktose <input type="checkbox"/> Helicobakter <input type="checkbox"/> Ultraschall – Abdomen <input type="checkbox"/> Kontrastmittel <input type="checkbox"/> Punktion Leber <input type="checkbox"/> Punktion Niere <input type="checkbox"/> Punktion,, <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			

Datum:
Unterschrift:

Zuweisender Arzt Telefon:
Bitte mit Stempel und Unterschrift (falls nicht per Email verschickt)