



## Anmeldung:

### PATIENTENANGABEN:

Name:  
Vorname:  
Geburtsdatum:           - - -  
Adresse:  
Krankenkasse:  
Telefon Geschäft:

Termin vereinbart auf: . - -

### Gewünschte Untersuchungen:

- Gastroenterologische Abklärung
- Hepatologische Abklärung / Leberbiopsie
- Proktologische Abklärung (Ano-Proktoskopie)
- Ösophago-Gastro-Duodenoskopie

### ARZT:

Name:  
Vorname:  
Adresse:

Bitte aufbieten

- Kolonoskopie / Sigmoidoskopie
- Abdomen Sonographie / rektale Sonographie
- Laktoseintoleranztest / Fruktoseintoleranztest
- Andere Untersuchungen

Bei endoskopischen Untersuchungen / Punktionen bitte folgende **Laborwerte** angeben:

Quick:           % / INR                   Thrombozyten:            $10^9/l$  vom (Datum):   - -

**Endokarditisprophylaxe** notwendig und durchgeführt

### Klinische Angaben:

### Bisherige Therapie:

### Fragestellung:

### Beilagen:

Datum:   - -

**Zuweisende Ärztin / Arzt** (Stempel, Unterschrift)