



Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Tel.-Nummer \_\_\_\_\_  
Adresse \_\_\_\_\_ Mobile-Nr. \_\_\_\_\_  
PLZ \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_  
Krankenkasse \_\_\_\_\_

## Gewünschte Untersuchung

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Gastroskopie        | <input type="checkbox"/> Leberbiopsie                    |
| <input type="checkbox"/> Koloskopie          | <input type="checkbox"/> H2 – Atemtest                   |
| <input type="checkbox"/> Rektosigmoidoskopie | <input type="checkbox"/> Gastroenterologisches Konsilium |
| <input type="checkbox"/> Proktoskopie        | <input type="checkbox"/> Hepatologisches Konsilium       |
| <input type="checkbox"/> Abdomensonographie  |  |

OAK       Aspirin       Clopidogrel

INR/ Quick \_\_\_\_\_ Thrombozyten \_\_\_\_\_ vom \_\_\_\_\_

## Jetziges Leiden / Klinischer Befund

## Fragestellung

Termin bereits vereinbart am \_\_\_\_\_  Bitte aufbieten

## Bericht bitte per

Telefon     Fax     E-Mail     Post

Datum \_\_\_\_\_ Arzt / Ärztin (Stempel) \_\_\_\_\_