

Patienten-Anmeldung Gastroenterologie

Patient

Vorname: _____ Nachname: _____

Geburtsdatum: _____ Geschlecht: weiblich männlich

(Mobil-)Telefon: _____ E-Mail: _____

Strasse: _____ PLZ / Ort: _____

Aufgebot

telefonisch schriftlich Termin bereits vereinbart am _____

Untersuchung - Sprechstunde

- Gastroskopie Koloskopie
 Proktologische Beurteilung Ultraschall Abdomen
 Allgemeine gastroenterologische Beurteilung

Klinik und Fragestellung

Medikamente

- Gerinnungshemmer: ASS Marcumar Xarelto
 PPI

Quick/INR/Tc: _____ Grösse: _____ Gewicht: _____

Bericht via

- Post E-Mail an Praxis E-Mail E-Mail an: _____

Zuweisender Arzt/Ärztin

Bitte senden Sie das Formular
an curana@hin.ch.
Herzlichen Dank!