

## Anmeldung Gastroenterologie

### Personalien

Name ..... Geb.datum ..... Geschlecht .....

Vorname ..... T Privat .....

Strasse ..... T Geschäft ..... Mobile .....

PLZ, Ort ..... eMail .....

### Untersuchung durch

### Gewünschte Untersuchung

#### Endoskopie

- Gastroskopie                       Proktoskopie
- Koloskopie                             Kapselendoskopie
- Partielle Koloskopie

#### Sonographie

- Abdomensonografie

#### Anderes

- Konsilium

### Darmvorbereitung

Folgendes Arzneimittel wurde dem Patienten/der Patientin abgegeben:  Plenvu     Moviprep     Anderes

### Dringlichkeit

- rasch                       bald                       elektiv

### Indikation, Fragestellung

### Begleitkrankheiten

- Herzkrankheit     COPD                       Schlafapnoe             Allergie
- Herzschrittmacher     Interner Defibrillator     Hüftprothese             Weiteres

### Medikamente

- OAK                       NOAK                       Heparin s.c.             Thrombozyten-Hemmer

### Zuweisende(r) Ärztin/Arzt

Ort/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 die Gastroenterologie Oberaargau AG