



# ANMELDUNG

Termin vereinbart auf den \_\_\_\_\_

bitte aufbieten

Name, Vorname

Geb. Datum

Adresse

Tel. Geschäft

Privat

Krankenkasse/Versicherung

Vers. Nr.

---

Gewünschte Untersuchung (für **Endoskopien bitte Aufklärungsbogen abgeben**)

Proktologische Sprechstunde

Abdomen Sonographie

Gastroskopie

Schilddrüsen-Sonographie

Koloskopie

Laktoseintoleranztest

flexible Rektosigmoidoskopie

Fructoseintoleranztest

Konsilium

Sonstiges \_\_\_\_\_

---

Falls vorhanden     Quick \_\_\_\_\_     Tc \_\_\_\_\_     Hb \_\_\_\_\_    Datum \_\_\_\_\_

---

Beschwerden:

Befunde:

Therapie:

Datum

Name Zuweiser/in

Link für Onlineanmeldungen: <http://www.magendarmpraxis-sargans.ch/anmeldung/>