

ANMELDUNG

Name _____ Vorname _____

Geb. Datum _____ Krankenkasse _____

Strasse / Nr. _____ VersicherungsNr. _____

PLZ / Ort _____ Telefon P: _____

Mobile: _____ E-Mail: _____

Gewünschte Untersuchung:
(für Endoskopien bitte Aufklärungsbogen abgeben)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Abdomensonographie | <input type="checkbox"/> Gastroskopie |
| <input type="checkbox"/> Elastographie (Leber) | <input type="checkbox"/> Koloskopie |
| <input type="checkbox"/> Konsilium | <input type="checkbox"/> flexible Rektosigmoidoskopie |
| <input type="checkbox"/> proktologische Sprechstunde | |
| <input type="checkbox"/> H2-Atemtest | |
| <input type="checkbox"/> Laktose | |
| <input type="checkbox"/> Fructose | |
| <input type="checkbox"/> Glucose (SIBO) | <input type="checkbox"/> Vorsorgekoloskopie via Screening-Programm
(nur nach Zulassung durch die Krebsliga) |

Sonstiges _____

Falls vorhanden Quick _____ Tc _____ Hb _____ Datum _____

Beschwerden: _____

Bisherige Befunde: _____

Bisherige Therapie: _____

Datum: _____ Name Zuweiser/in _____

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