

## ANMELDUNG

### Patient

Name \_\_\_\_\_  
Vorname \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum \_\_\_\_\_  
Adresse \_\_\_\_\_  
Telefon \_\_\_\_\_  
Krankenkasse \_\_\_\_\_  
E-Mail \_\_\_\_\_

### Termin

bekannt, am \_\_\_\_\_  
 bitte aufbieten \_\_\_\_\_ *gewünscht, am* \_\_\_\_\_

### Dringlichkeit

Notfall \_\_\_\_\_  
 hoch, innert 1 Woche \_\_\_\_\_  
 elektiv \_\_\_\_\_

*Gewünschte Untersuchung*

### Gastroenterologie

Sonographie \_\_\_\_\_  
 Gastroskopie \_\_\_\_\_  
 Koloskopie \_\_\_\_\_  
 Proktoskopie \_\_\_\_\_  
 Gastroenterologisches Konsil \_\_\_\_\_  
 Hepatologische Sprechstunde \_\_\_\_\_

### Chirurgie

Sprechstunde / Op. Anmeldung \_\_\_\_\_  
 Konsilium \_\_\_\_\_  
 Proktologische Beurteilung \_\_\_\_\_

### Indikation / Fragestellung

\_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_  
angemeldet von \_\_\_\_\_  
Unterschrift \_\_\_\_\_