**Anmeldeformular Gastroenterologie Wil**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Telefon:** | 071 914 62 06 | **Email:** | gastroenterologie.wil@srft.ch |

|  |  |
| --- | --- |
| **Patient/in:** |  |
| Name: | Vorname: |
| Geburtsdatum: |  |
| Strasse, Nr: | PLZ, Ort: |
| Telefon / Natel: | Telefon G: |
| Garant: | allgemein  halbprivat  privat |
| Krankheit  Unfall Unfalldatum: | Tessiner Code: |

|  |  |
| --- | --- |
| **Gewünschte Untersuchung:**  Gastroskopie  PEG-Einlage  PEG-Entfernung  Koloskopie  Rektosigmoidoskopie  Proktoskopie  Kapselendoskopie | Leberbiopsie  Ultraschall  Ultraschall mit Kontrastmittel  Ultraschall-gesteuerte Punktion (FNP, Biopsie)  Gastroenterologische Sprechstunde  Hepatologische Sprechstunde  Atemtest ( Lactose  Fructose  Helicobacter) |
| **Dringlichkeit:**  Bei dringlichen Untersuchungen bitten wir um eine telefonische Anmeldung: 071 914 62 06 | **Diverses:**  Termin vereinbart auf:  Aufgebot durch Spital  Dolmetscher notwendig |

**Indikation / Fragestellung:**

**Anamnese / Befunde:**

Koloskopie / Leberbiopsie bitte folgende Laborwerte angeben: INR/Quick:       Tc       vom       (Datum)

**Medikamente:**

OAK:        Aspirin®  Plavix® / Effient®

**Allergien:**

**Bemerkungen:**

**Datum:**       **Zuweisender Arzt:**       **Hausarzt:**

(Stempel und Unterschrift)