

Name Vorname M F

Geburtsdatum Krankenkasse

Adresse

T Privat T Geschäft E-Mail

**Untersuchung durch**

keine Präferenz

**Dringlichkeit**

dringend bald elektiv

**Gewünschte Untersuchung**

Ösophago-Gastro-Duodenoskopie	Gastroenterologie-Sprechstunde	H2-Atemtest Laktose
Ileo-Koloskopie*	Hepatologie-Sprechstunde	H2-Atemtest Fruktose
Proktoskopie/Rektoskopie	IBD-Sprechstunde inkl. Infusionen	H2-Atemtest Laktulose
Flexible Rekto-Sigmoidoskopie	Abdomensonografie	
PEG-Einlage / Wechsel / Entfernung	Elastografie/Fibroscan	
Kapselendoskopie	KM-Sonografie (CEUS)	

**Klinische Angaben und Fragestellung**

**Begleitkrankheiten**

Herzkrankheit COPD Schlafapnoe Allergie

**Medikamente**

OAK NOAK Tc-Hemmer Heparin sc.

Ort / Datum Zuweisende(r) Ärztin / Arzt

\*\* Hinweis: Bitte verwenden Sie Adobe Acrobat Reader zum Senden.