



Gastroenterologie im Zentrum

Gemeinschaftspraxis

Dr. med. Markus Arn

Dr. med. Christoph Eggenberger

Fachärzte FMH für Gastroenterologie

Kasernenstrasse 1 · 8180 Bülach

Telefon: 044 864 19 18 Fax: 044 864 19 17

Anmeldung

Termin vereinbart auf: _____ bitte aufbieten
↳ dringend nicht dringend Screening

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Tel. P.: _____ G.: _____ Handy: _____

Gewünschte Untersuchungen:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Koloskopie | <input type="checkbox"/> Anale Manometrie / Biofeedback |
| <input type="checkbox"/> Gastroskopie | <input type="checkbox"/> Konsiliarische Abklärung + Beurteilung |
| <input type="checkbox"/> Rektosigmoidoskopie | <input type="checkbox"/> Helicobacter- Atemtest |
| <input type="checkbox"/> Therapeutische Proktoskopie
nach endoskopischer Vorabklärung | <input type="checkbox"/> Hepatologische Abklärung + Beurteilung |
| <input type="checkbox"/> Endosonographie anorektal | <input type="checkbox"/> Leberbiopsie |
| <input type="checkbox"/> Abdomen Sonographie | <input type="checkbox"/> Aszitespunktion |

Klinische Angaben: _____

Labor: wenn vorhanden, bitte beilegen.

Quick: _____ Thrombo: _____

Medikamente: _____

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Aspirin Cardio (muss nicht pausiert werden) | <input type="checkbox"/> Clopidogrel, Prasugrel, Ticagrelor, etc. |
| <input type="checkbox"/> Warfarin | <input type="checkbox"/> DOAC (neue orale Antikoagulantien) |

Allergien: _____

Spezielles: Schrittmacher ICD CPAP (bitte zur Endoskopie mitbringen)

Fragestellung: _____

Beilagen: _____

Datum: _____

Zuweisende(r) Ärztin/Arzt
(Stempel / Unterschrift)