

Telefon 081 926 54 01
E-Mail medizin@spitalilanz.ch

Anmeldung

Patient*in hat Termin am (Datum/Zeit)

Patient*in aufbieten

Name

Vorname

Strasse

PLZ/Ort

Geb. Datum

Tel./Mobile

Krankenkasse

UVG/Schaden-Nr.

Gewünschte Untersuchung

Gastroskopie Patientenaufklärungsformular

Gastroskopie, kombiniert mit vorangehende Sonographie-Abdomen

Proktoskopie (keine Vorbereitung nötig)

Koloskopie Patientenaufklärungsformular / Instruktionen zur Vorbereitung

Picoprep, Moviprep oder Plenvu

Andere Untersuchung

Klinische Angaben / Fragestellung

Allergien

Quick (Punktion/Biopsie)

Thrombozytenaggregationshemmer, orale Antikoagulantien

Datum

Einweisende*r Arzt*in
