

Anmeldung zur Hepato-Gastroenterologischen Untersuchung

Patientin/Patient

Name	Vorname	Geburtsdatum
Strasse/Nr.	PLZ/Ort	Telefon tagsüber
Geschlecht	Krankenversicherung/Versichertennummer	Unfallversicherung/Schadensnummer
weiblich männlich		

Gewünschte Untersuchung

Bitte geben Sie hier die Art der gewünschten Untersuchung an:

Klinische Angaben/Fragestellung

Ihre klinischen Angaben und Fragestellungen:

Komorbiditäten

Schlafapnoe/OSAS CPAP-/O2-Therapie COPD (GOLD III/IV) Adipositas (BMI > 35 kg/m²) Schrittmacher Glaukom Diabetes (insulinpflichtig)

Infektiosität/Hygiene

Isolationspflichtige Keime (MRSA, ESBL, MRGN)/Infektiöse Krankheiten bekannt?

Blutgerinnung

Datum:	
Quick/INR:	
Thrombozyten:	
Hämoglobin:	

Gerinnungshemmende Medikamente

Aspirin	nein	ja
Plavix, Efient, Brilique	nein	ja
Marcoumar	nein	ja
Xarelto, Eliquis, Lixiana	nein	ja

Zuweisender Arzt

(Ihr) Vorname/Name	PLZ/Praxisort	Telefon Praxis
Hausarzt (sofern nicht mit Ihnen identisch)	Kopie und Berichte an folgende hin-Adresse:	
	@hin.ch	

Datum des Versands/Ausdrucks (wird automatisch generiert):