

Anmeldeformular für eine Untersuchung in unserer
Inneren Medizin II / Gastroenterologie

Fax- Hotline 06841/16-15988

Mailadresse: medizinische.endoskopie@uks.eu

**Bitte beachten Sie, dass nur vollständig ausgefüllte (vom Hausarzt)
Anmeldebögen mit vorhanden Vorbefunden bei der
Terminvergabe berücksichtigt werden können**

!!BITTE LESERLICH VOM HAUSARZT AUSFÜLLEN LASSEN!!

DATUM der Anfrage:

Anmelder/ Praxisanschrift: (für eventl. Rückfragen)

Name	
Anschrift	
Telefonnummer	

Patientendaten:

Name (ggf Geburtsname)	
Vorname	
Geb. Datum	
Anschrift	
Telefonnummer	
Krankenkasse	<input type="radio"/> Gesetzlich <input type="radio"/> Privat
E-mail Adresse (falls vorhanden)	

Welche Untersuchung soll durchgeführt werden: (bitte ankreuzen)

ÖGD	<input type="checkbox"/>	Koloskopie	<input type="checkbox"/>
Endosonographie	<input type="checkbox"/>	Kapselendoskopie	<input type="checkbox"/>
ERCP	<input type="checkbox"/>	Endosonographie mit Punktion	<input type="checkbox"/>
Leberbiopsie	<input type="checkbox"/>	PEG Anlage	<input type="checkbox"/>
Manometrie	<input type="checkbox"/>	PH-Metrie	<input type="checkbox"/>

- stationär
- ambulant

wenn stationär, Begründung: (Vorerkrankung, Pflegebedürftigkeit)

**Warum soll die Untersuchung durchgeführt werden:
Wann war die letzte Koloskopie und wie waren die Ergebnisse?**

Bitte dieses Formular (2 Seiten) ausgefüllt, per FAX inklusive vorhandenen
Vorbefunden, an die oben genannte Faxnummer schicken.

Der Patient wird durch uns schriftlich über den Termin informiert.

Stempel Arztpraxis