

Anmeldeformular für eine Untersuchung in unserer  
Inneren Medizin II / Gastroenterologie

**Fax- Hotline 06841/16-15988**

**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)**

<b>Name</b>	
<b>Anschrift</b>	
<b>Telefonnummer</b>	

**Patientendaten:**

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

**Welche Untersuchung soll durchgeführt werden: (bitte ankreuzen)**

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