

**Zuweisung zur Gastroenterologischen und  
Hepatologischen Abklärung/ Therapie**

Patienten Name

Adresse

Telefon/Handy

Gewünschte Untersuchung

- Ösophago-Gastro-Duodenoskopie
- Ileo-Koloskopie
- Proktoskopie
- Ultraschall Abdomen
- Sprechstunde: Gastroenterologie
- Sprechstunde: Hepatologie

Dringlichkeit       hoch       normal       ab  
Weitere Abklärung  nein       Ermessen       Rücksprache  
Bericht               Brief       Fax       Email       Telefon

Anamnese/Indikation

Antikoagulation                       nein       ja, welche  
Thrombozytenhemmer               nein       ja, welche

Vorbefunde und aktuelles Labor falls vorhanden bitte beilegen.

Datum

Praxisstempel