

Anmeldung

Patienten-Informationen:

Name: _____
 Vorname: _____
 Strasse | Nr.: _____

PLZ | Ort: _____
 Tel.: _____
 Geburtsdatum: _____

Gewünschte Untersuchung:

- Abdomensonographie
- Untere Endosonographie
- Flexible Sigmoidoskopie
- Gastroskopie
- GE - Abklärung nach eigenem Ermessen
- H2 Atemtest:
 - Laktose Fruktose Sorbitol
- Konsilium
- Koloskopie: Medikament Darmlavage
 - bereits abgegeben abzugeben durch MagenDarm Basel
- Leberbiopsie
- Sigmoidoskopie
- Starre Rektoskopie/Hämorrhoidenbehandlung
- Anderes: _____

Bisherige Befunde:

(Anamnese, Klinik, Labor, Quick, Thrombo, RX, Sono, CT, MR)

Bisherige Therapien | Mitteilungen | Beilagen:

- | | | |
|--|--------------------------------------|--|
| Dringlichkeit: | Bericht gewünscht: | Termin: |
| <input type="checkbox"/> notfallmässig | <input type="checkbox"/> per E-Mail | <input type="checkbox"/> Bitte aufbieten |
| <input type="checkbox"/> dringlich | <input type="checkbox"/> schriftlich | <input type="checkbox"/> vereinbart auf: _____ |
| <input type="checkbox"/> nicht dringlich | | |

Für Propofol-Sedierung

- keine (Ausnahme)
- in Praxis
- in Praxis mit Anästhesie (Risikofaktoren: ASA 3, BMI > 30, Schlafapnoe, Hemiparese, Epilepsie, Herzinsuffizienz > NYHA2)
- Wichtige Angaben: Gewicht (kg) _____
 Grösse (cm) _____

Stempel und Unterschrift
 des/der zuweisenden Arztes/Ärztin: