

# 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:

- |  |                                      |  |
|--|--------------------------------------|--|
| <b>Dringlichkeit:</b>                    | <b>Bericht gewünscht:</b>            | <b>Termin:</b>                                 |
| <input type="checkbox"/> notfallmässig   | <input type="checkbox"/> per E-Mail  | <input type="checkbox"/> Bitte anbieten        |
| <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: