

Zuweisende Aerztin/Zuweisender Arzt:

Dr.med. Rudolf Hermann
Facharzt FMH für Gastroenterologie
Steigstrasse 40
CH-8200 Schaffhausen
Telefon
+41 (0)52 625 16 91
Telefax
+41 (0)52 624 90 10
e-mail
gastropraxis@hin.ch

Anmeldung Gastroenterologische Untersuchung

Name:	Vorname:	Geburtsdatum:
.....
Adresse:	Telefon	
.....	
	e-mail:	
	
Gewünschter Untersuchungstermin:	Termin vereinbart auf:	
.....	

Gewünschte Untersuchung:

<input type="checkbox"/> Konsiliarische Untersuchung	<input type="checkbox"/> Gastroskopie	<input type="checkbox"/> Sonografie
	<input type="checkbox"/> Koloskopie	<input type="checkbox"/> Duplexsonografie Leber
	<input type="checkbox"/> Rekto-Sigmoidoskopie	<input type="checkbox"/> Leberbiopsie
	<input type="checkbox"/> Proktoskopie	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Endokarditis-Prophylaxe:	<input type="checkbox"/> Oral (Patient hat Medikation)	<input type="checkbox"/> Parenteral (vor Untersuchung)
.....		
<input type="checkbox"/> Orale Antikoagulation		
	<input type="checkbox"/> Muss weitergeführt werden	<input type="checkbox"/> Wird abgesetzt mit Bridging
	<input type="checkbox"/> Wird abgesetzt ohne Bridging	
.....		

Klinische Angaben – Fragestellung:

Datum:
.....

Unterschrift:
.....