

Anmeldung zur gastroenterologischen Untersuchung

Gastroenterologie

Bauchzentrum • tscharnermedic
8802 Kilchberg, Grütstrasse 55

Tel 044 716 60 21

www.bauchzentrum.ch

kontakt@drtscharner.ch

Fax 044 716 60 22

drtscharner@hin.ch

Bitte zur Untersuchung aufbieten

Termin vereinbart auf _____

Name _____ Vorname _____ Geb.Dat. _____ M
Adresse _____ PLZ _____ Ort _____ W
Telefon Privat _____ Tel. Geschäft _____ Natel _____
 Krankheit Krankenkasse _____
 Unfall Unfallversicherung _____

Gewünschte Untersuchung, Sprechstunden

- Gastroskopie Koloskopie Proktologische Sprechstunde
 Sonografie Abdomen Laktose-/ Fructosetoleranz-Test
 Gastroenterologie Konsilium Spezialsprechstunde
(Chronisch entzündliche Darmerkrankungen, Reizdarm, Ernährung)
 Abklärung Leberpathologie
 Sonstiges

Beschwerden (ggf. Vorbefunde, vorausgegangene Therapie)

Begleiterkrankungen, Medikamente (insbesondere Antikoagulantien, Antidiabetika)

Fragestellung / Indikation

Zuweisende/r Arzt/Aerztin
(Stempel)

Datum

- Bitte um Zustellung neuer Anmeldeformulare
 Bitte um Zustellung neuer Visitenkarten