



Anmeldung zur gastroenterologischen Untersuchung

Arztwahl

- Dr. med. Andreas Müller Prof. Dr. med. Bernhard Sauter PD Dr. med. Jonas Zeitz
 Dr. med. Stefan Groth Prof. Dr. med. Stefan Seewald

Datum der Untersuchung:

Zeit:

- Stationär Ambulant Bitte zur Untersuchung aufbieten

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Strasse:

PLZ:

Ort:

Telefon Privat:

Telefon Geschäft:

Krankenkasse:

Untersuchung

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Gastroskopie | <input type="checkbox"/> Leberbiopsie | <input type="checkbox"/> Starre anale Endosonographie |
| <input type="checkbox"/> Koloskopie | <input type="checkbox"/> Ballon-Enteroskopie (Dünndarm) | <input type="checkbox"/> Anorektale Physiologie |
| <input type="checkbox"/> Sigmoidoskopie | <input type="checkbox"/> Kamerakapsel-Untersuchung (Dünndarm) | <input type="checkbox"/> CO ₂ -Laser-Behandlung (anal) |
| <input type="checkbox"/> Proktoskopie | <input type="checkbox"/> Ultraschallgesteuerte Feinnadelpunktion | <input type="checkbox"/> Kapsel-Ph-Metrie des Oesophagus |
| <input type="checkbox"/> ERCP | <input type="checkbox"/> Flexible Endosonographie | <input type="checkbox"/> 24h-ph-Impedanz des Oesophagus |
| <input type="checkbox"/> Abdomen-Sonographie | | <input type="checkbox"/> High Resolution Manometrie des Oesophagus |

Sprechstunde

- Gastroenterologisches Konsilium M. Crohn/Kolitis ulzerosa
 Inkontinenz/Obstipation Hepatologie

Beschwerden

Bisherige Befunde/Therapie

Fragestellung

- Beilagen

Datum

Zuweisende/r Ärztin/Arzt (Unterschrift und Stempel)

GastroZentrum Hirslanden

Klinik Hirslanden, Witellikerstrasse 40, 8032 Zürich

T +41 (0)44 387 39 55, F +41 (0)44 387 39 66, mail@gastrozentrum.ch, www.gastrozentrum.ch