



## Anmeldung zur gastroenterologischen Untersuchung

### Arztwahl

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Dr. med. Andreas Müller | <input type="checkbox"/> Prof. Dr. med. Bernhard Sauter | <input type="checkbox"/> PD Dr. med. Jonas Zeitz            |
| <input type="checkbox"/> Dr. med. Stefan Groth   | <input type="checkbox"/> Prof. Dr. med. Stefan Seewald  | <input type="checkbox"/> Dr. med. Kathrin Overbeck-Rezaeian |

### 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 <sub>2</sub> -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

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Gastroenterologisches Konsilium | <input type="checkbox"/> M. Crohn/Kolitis ulzerosa |
| <input type="checkbox"/> Inkontinenz/Obstipation         | <input type="checkbox"/> 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