**Anmeldung**

 Termin vereinbart auf:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ bitte aufbieten

Name:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Vorname:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Geburtsdatum:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tel P:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_G:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Handy:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Gewünschte Untersuchungen:**

* Kolonoskopie
* Gastroskopie
* Rektosigmoidoskopie
* Proktoskopie
* Konsiliarische Abklärung und Beurteilung
* Hepatologische Abklärung
* Sonografie Abdomen

**Klinik**:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Labor:** (wenn vorhanden bitte beilegen)

Quick:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Thrombo:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Medikamente:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* Aspirin cardio (muss nicht pausiert werden)
* Warfarin, Marcoumar
* Clopidogrel, Prasugrel, Ticagrelor
	+ DOAC
* Clopidogrel, Prasugrel, Ticagrelor

**Allergien:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Spezielles:** Schrittmacher ICD CPAP(bitte zur Endoskopie mitbringen)

**Fragestellung:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Zuweisende Ärztin/Arzt

 (Stempel und Unterschrift)

Die Wartezeit für Routineuntersuchungen ist gelegentlich unbefriedigend. Auf Wunsch kann unser Verbund Gastroenterologie 4 you Termine in den angegebenen Partnerpraxen anbieten.

* Der/ Die Patient/in und ich sind mit dieser Option im Falle langer Wartezeiten einverstanden