

GASTROENTEROLOGIE

DR. MED. ROGER WANNER

ANMELDUNG bitte direkt an gezh@hin.ch senden, besten Dank

Termin vereinbart auf: _____ bitte direkt aufbieten

Name, Vorname: _____ Geb.-Datum: _____

Adresse: _____

Telefon privat: _____ Telefon Geschäft: _____

Krankenkasse /Versichertennummer: _____

Gewünschte Untersuchung

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Kolonoskopie | <input type="checkbox"/> Abdomen-Sonographie |
| <input type="checkbox"/> Flexible Rektosigmoidoskopie | <input type="checkbox"/> Leberbiopsie |
| <input type="checkbox"/> Proktoskopie | <input type="checkbox"/> Elastometrie der Leber |
| <input type="checkbox"/> Gastroskopie | <input type="checkbox"/> Sprechstunde |
| <input type="checkbox"/> Push-Enteroskopie | |

Sonstiges: _____

Falls vorhanden:

Quick / INR _____ Tc _____ Hb _____ Datum _____

Beschwerden
Befunde
Therapie

Datum: _____ Name Zuweiser / Zuweiserin: _____