

# GASTROENTEROLOGIE

DR. MED. ROGER WANNER

## ANMELDUNG

Termin vereinbart auf: \_\_\_\_\_

bitte direkt aufbieten

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geb.-Datum: \_\_\_\_\_

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

Telefon privat: \_\_\_\_\_

Telefon Geschäft: \_\_\_\_\_

Krankenkasse /Versichertennummer: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Gewünschte Untersuchung

**für Endoskopien und Leberbiopsien, bitte Aufklärungsbogen abgeben**

Kolonoskopie  
Flexible Rektosigmoidoskopie  
Proktoskopie  
Gastroskopie  
Push-Enteroskopie

Abdomen-Sonographie  
Leberbiopsie  
Elastometrie der Leber  
Sprechstunde  
Lactoseintoleranztest  
Fructoseintoleranztest

Sonstiges: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Falls vorhanden:

Quick / INR \_\_\_\_\_ Tc \_\_\_\_\_ Hb \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Beschwerden  
Befunde  
Therapie

Datum: \_\_\_\_\_

Name Zuweiser / Zuweiserin: \_\_\_\_\_