

ANMELDUNG

NAME, VORNAME: ADRESSE: TELEFON PRIVAT:	☐ Standort Zürich Grütlistrasse 84 8002 Zürich 44 970 22 22 E-Mail: gastrokl GEBUR GESCH	ÄFT:	 □ Prof. Dr. med. Hasan Kulaksiz □ Dr. med. (TR) Ahmet Kocaoglu □ Dr. med. Tom Völler □ Prof. Dr. med. Tom M. Ganten keine Präferenz
GEWÜNSCHTE UNTERSUC	CHUNG		
Analfissuren, Fisteln Endosonografie ERCP Enteroskopie Kapsel-Endoskopie Gastroenterologisches Ko Sonografie Sonografie Abdomen KM-Sonografie Leber Hepatologisches Konsiliu Leber-Biopsie Elastographie Hospitalisation und Betr	denoskopie andlung von Hämorrhoiden, onsilium m	_	pie n n Park e (z.B. Stenose-Behandlung, Dilatation) Argonplasmakoagulation (APC)
☐ Antikoagulation		ND PATHOLOGISCHE LABORBEFU □ Endokarditis-Prophylaxe □ Allergien □ Bitte neue Formulare sende □ Dringend (Falls Notfall: Bitte	n
DATUM:		_ ARZT:(Unterschrift und Stempel)	