

ÜBERWEISUNG

NAME: _____
VORNAME: _____ GEBURTSDATUM: _____
STRASSE: _____
PLZ/ORT: _____
TELEFON/MOBILE: _____
VERSICHERUNG: _____ NR: _____

GEWÜNSCHTE UNTERSUCHUNG

- ÖSOPHAGO-GASTRO-DUODENOSKOPIE KOLOSKOPIE ERCP
 ANOSKOPIE/REKTOSKOPIE LEBERBIOPSIE KLINISCHE ABKLÄRUNG
 ANDERES:
DRINGLICHKEIT: NOTFALLMÄSSIG BALDMÖGLICHST NICHT DRINGLICH

HAT TERMIN ERHALTEN AM: _____

WÜNSCHT EINEN TERMIN BEI: PROF. DR. MED. W. INAUEN

KLINISCHE ANGABEN

ASA-KLASSE

- 1 2 3 4

1: gesund; 2: leichte Krankheit, kompensiert; 3: schwere Krankheit, kompensiert; 4: schwere Krankheit, dekompenziert

FRAGESTELLUNG/GEPLANTES VORGEHEN

ÜBERWEISUNG

SENDEN

ZENTRUM FÜR GASTROENTEROLOGIE

KLINIK LINDE, BLUMENRAIN 105

2501 BIEL, T +41 32 366 43 62

GASTROENTEROLOGIE.LINDE@HIRSLANDEN.CH

WWW.GASTROENTEROLOGIE-LINDE.CH