



**FAX: 031 312 91 02**

**Patient/in**

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  
Geb.-Datum: \_\_\_\_\_ Tel. privat: \_\_\_\_\_ Mobile: \_\_\_\_\_  
Strasse: \_\_\_\_\_ Wohnort: \_\_\_\_\_

**Termin:** vereinbart auf: \_\_\_\_\_  Bitte aufbieten

**Gewünschte Untersuchung(en)**

- Gastroskopie                       Abdomen-Sonografie                       Rektoskopie  
 Kolonoskopie                       Sprechstunde                       Videokapselendoskopie  
 Ernährungsberatung                       Atemtest mit .....

**Klinische Angaben / Bisherige Befunde** (zB. Röntgen, Sono, CT, Labor etc)

**Medikamente:**

**Indikation:**

**Blutverdünnung:**  ja  nein      ⇨      wenn ja: welche:

**Schlafapnoe:**  ja  nein

**BMI über 35:**  ja  nein

Datum:

Zuweisender/r Arzt/Ärztin (Stempel / Unterschrift)