



DR. MED. BEAT BIGLER

Facharzt für Gastroenterologie und Innere Medizin FMH
Kramgasse 63 · 3011 Bern
Tel. 031 312 90 01
praxis.bigler@hin.ch · www.magendarmspezialist.ch

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
☐ 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)