



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)

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Gastroskopie | <input type="checkbox"/> Abdomen-Sonografie | <input type="checkbox"/> Rektoskopie |
| <input type="checkbox"/> Kolonoskopie | <input type="checkbox"/> Sprechstunde | <input type="checkbox"/> Videokapselendoskopie |
| <input type="checkbox"/> 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)