



## 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

Zuweisende/r Arzt/Ärztin