



Spital Affoltern

Anmeldung Gastroenterologie und Ultraschall

Untersuchungsdatum (wird von der Endoskopie ausgefüllt):

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Koloskopie | <input type="checkbox"/> Proktoskopie / Anoskopie |
| <input type="checkbox"/> Gastroskopie | <input type="checkbox"/> Bronchoskopie (auf Anfrage) |
| <input type="checkbox"/> Flexible Rekto-/Sigmoidoskopie | |
| <input type="checkbox"/> Ultraschall (ausschliesslich in Verbindung mit Endoskopie) | |

Indikation/Diagnose:.....

Aktuelle Medikamente:.....

Name

Vorname

Geburtsdatum:

Geschlecht:

Adresse: *

Tel. Privat / Gesch.: * Tel. Mobile:

*zwingend bei ambulanten Patienten

- | | | | |
|-----------------------------------|-------------------------|------------------------------------|-------------------------|
| <input type="checkbox"/> ambulant | zuweisender Arzt | <input type="checkbox"/> stationär | stationärer Arzt |
| Name: | | Name / Tel.: | |
| Tel.: | | Station: | |
| Adresse: | | Tel. Station: | |

Kontakt Endoskopie:

Tel. 044 714 28 83 · Fax 044 714 28 79 · endoskopie@spitalaffoltern.ch