

PATIENTENANMELDUNG

Anmeldung für Gastroenterologische Abklärung



Bitte senden Sie das ausgefüllte Formular an: gastroenterologie@spital-schwyz.ch

Personalien

Name (auch Doppelname, z.B. Meier-Müller)	Vorname <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> m	Geburtsdatum
Adresse/PLZ/Ort	T Privat T Mobile	T Geschäft

Krankenversicherung/Unfallversicherung inkl. Mitglieder-Nummer

Grund-/Zusatz-/Unfallversicherer <input type="checkbox"/> Krankheit <input type="checkbox"/> Unfall	<input type="checkbox"/> allgemein versichert <input type="checkbox"/> halbprivat versichert <input type="checkbox"/> privat versichert
--	---

Informationen zum Eintritt / Gewünschte Sprechstunde oder Untersuchung

Untersuchung <input type="checkbox"/> Gastroskopie <input type="checkbox"/> Koloskopie <input type="checkbox"/> ERCP <input type="checkbox"/> Abdomen-Sonographie <input type="checkbox"/> Kontrast-Ultraschall	Sprechstunde <input type="checkbox"/> Sprechstunde Leberkrankheiten <input type="checkbox"/> Sprechstunde Reizdarmsyndrom <input type="checkbox"/> Abklärung allgemein-internistisch <input type="checkbox"/> Spezielles
<input type="checkbox"/> notfallmässig <input type="checkbox"/> Röntgenbilder werden mitgegeben	<input type="checkbox"/> baldmöglichst <input type="checkbox"/> gelegentlich <input type="checkbox"/> Berichte mitgesandt
Hausarzt / Hausärztin	

Einweisungsgrund

--

Anamnese / Befund

--

Bisherige Therapien, Medikamente (insb. gerinnungsbeeinflussende), Dosierungen

--

Zuweisender Arzt / zuweisende Ärztin

Ich habe den Patienten / die Patientin über die geplante Untersuchung informiert und die schriftliche Patienteninformation abgegeben für: <input type="checkbox"/> Gastroskopie <input type="checkbox"/> Koloskopie <input type="checkbox"/> Vorbereitung Koloskopie <input type="checkbox"/> ERCP <input type="checkbox"/> Leberbiopsie	
Die Patienten / der Patient wird diese unterzeichnet zur Untersuchung mitbringen.	
Ort/Datum	Unterschrift und Stempel