



## Anmeldung zur gastroenterologischen Untersuchung

### Arztwahl

- Dr. med. Philipp Bertschinger  
 Dr. med. Andreas Müller

- Prof. Dr. med. Bernhard Sauter  
 Prof. Dr. med. Stefan Seewald

### Datum der Untersuchung:

### Zeit:

- Stationär     Ambulant     Bitte zur Untersuchung aufbieten

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Strasse:

PLZ:

Ort:

Telefon Privat:

Telefon Geschäft:

Krankenkasse:

### Untersuchung

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Gastroskopie   | <input type="checkbox"/> Ballon-Enteroskopie (Dünndarm) | <input type="checkbox"/> Ultraschallgesteuerte Feinnadelpunktion   |
| <input type="checkbox"/> Koloskopie     | <input type="checkbox"/> Leberbiopsie                   | <input type="checkbox"/> Kamerakapsel-Untersuchung (Dünndarm)      |
| <input type="checkbox"/> Sigmoidoskopie | <input type="checkbox"/> Abdomen-Sonographie            | <input type="checkbox"/> Kapsel-ph-Metrie des Oesophagus           |
| <input type="checkbox"/> Proktoskopie   | <input type="checkbox"/> Flexible Endosonographie       | <input type="checkbox"/> High resolution Manometrie des Oesophagus |
| <input type="checkbox"/> ERCP           | <input type="checkbox"/> Starre anale Endosonographie   | <input type="checkbox"/> Anorektale Physiologie                    |

### Sprechstunde

- Gastroenterologisches Konsilium     M. Crohn/Kolitis ulzerosa  
 Inkontinenz/Obstipation     Hepatologie

### Beschwerden

### Bisherige Befunde/Therapie

### Fragestellung

- Beilagen

Datum

Zuweisende/r Ärztin/Arzt (Unterschrift und Stempel)

### GastroZentrum Hirslanden

Klinik Hirslanden, Witellikerstrasse 40, 8032 Zürich

T +41 (0)44 387 39 55, F +41 (0)44 387 39 66, mail@gastrozentrum.ch, www.gastrozentrum.ch