Allgemeine gastroenterologische Zuweisung

medForms.ch
© 2024, alle Rechte vorbehalten

Patient:in

Name
Vorname
Strasse
PLZ / Ort
Geb.datum
Geschlecht
AHV-Nr.
Telefon
Mail

Empfänger

GLN
ZSR
Mail

Kostenträger

Adresse
GLN

Gesetz/Fall

Beh. grund
Gesetz
Vers.-Nr.
Fall.-Nr./-Dat.

Untersuchungstermin

☐ dringend
◯ Patient:in meldet sich
◯ Termin vereinbaren ab
◯ Termin vereinbart am ::

Gewünschte Untersuchung

☐ Gastroskopie
☐ Koloskopie
☐ flexible Sigmoidoskopie
☐ Proktoskopie
☐ Funktionsdiagnostik
☐ Ultraschall
☐ Leberbiopsie
☐ Gastro-Sprechstunde
☐ Hepato-Sprechstunde
☐ Anderes (bitte angeben)

Indikation / Fragestellung

Bei Platzproblemen können Sie das Zusatzfeld auf der Folgeseite verwenden

Gerinnungshemmende Medikamente ◯ Nein ◯ Ja

Zuweiser:in

☐ Zuweiser:in = Hausärzt:in

Mail
GLN
ZSR
Tel.

Hausärzt:in

☐ Bitte Befundkopie an Hausärzt:in

Mail
GLN
ZSR
Tel.

Datum

Elektronische Übermittlung

Der «Direkt-Versand» ist deaktiviert, weil der Empfänger nicht gesichert erreicht werden kann (HIN-Mail|Medidata)!

medForms.ch
© 2024, alle Rechte vorbehalten

Bemerkungen