



**Anforderung Gastroenterologische
Untersuchung**

II. Medizinische Klinik
Chefarzt Prof. Dr. med. Jan Harder
Gesundheitsverbund Klinikum Singen
Virchowstr. 10
78224 Singen
Tel.: 07731/892700
Fax: 07731/892705

Datum:

Patientendaten (Name, Vorname, Geb. Datum, Anschrift, Kasse)	Hausarzt <input type="checkbox"/> stationäre Zusatzversicherung	Tel. Nr. Patient <input type="checkbox"/> Privatpatient
Diagnose /Klinische Angaben:		
Fragestellung:		

Aktuelle Voruntersuchungen		
Gastroskopie	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Koloskopie	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
CT	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Histologien	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Ultraschall	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Labor	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Gewünschte Untersuchung	
PEG-Anlage/ Wechsel	<input type="checkbox"/>
Ph- Metrie	<input type="checkbox"/>
Manometrie	<input type="checkbox"/>
Endosonographie oral	<input type="checkbox"/>
Endosonographie rektal	<input type="checkbox"/>
ERCP	<input type="checkbox"/>
Koloskopie	<input type="checkbox"/>
Gastroskopie/Bougierung	<input type="checkbox"/>
Leberpunktion	<input type="checkbox"/>
Kapselendoskopie	<input type="checkbox"/>
sonstige	<input type="checkbox"/>



Praxisstempel / Unterschrift Arzt

Terminwunsch: _____	Dringend <input type="checkbox"/>	Ambulant <input type="checkbox"/>	Stationär <input type="checkbox"/>
Patient geschäftsfähig:	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Betreuer:
Patient	gefähig: <input type="checkbox"/>	sitzend: <input type="checkbox"/>	bettlägerig: <input type="checkbox"/>
Rücksprache erwünscht	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>		Tel.Nr.