



Anmeldung

Name

Vorname

Geburtsdatum

Telefonnummer

Strasse

PLZ

Ort

Versicherung

Versicherungsnummer

gewünschte Untersuchung:

Ösophago-Gastro-Duodenoskopie

Sonografie

Koloskopie

ERCP

Anoskopie/Rektoskopie

Leberbiopsie

Enteroskopie

Klinische Abklärung

Anderes:

Dringlichkeit:

notfallmässig

baldmöglichst

nicht dringlich

hat Termin erhalten am:

Klinische Angaben:

ASA-Klasse:

1

2

3

4

ASA-Klasse

1 gesund

2 leichte Krankheit, kompensiert

3 schwere Krankheit, kompensiert

4 schwere Krankheit, dekompenziert

Fragestellung:

Ort/Datum:

Stempel/Unterschrift: