



ANMELDUNG GASTROENTEROLOGISCHE UNTERSUCHUNG

Tel: 062 824 40 01 Email: gastrozentrum-aarau@hin.ch Fax: 062 823 12 19

Nachname:

Telefon privat:

Vorname

Telefon Geschäft:

Geschlecht:

Natel:

Strasse Nr.:

Geburtsdatum:

PLZ:

Krankenkasse:

Anmeldedatum: _____

elektiv dringend NOTFALL Termin bereits vereinbart

Bitte aufbieten zur

gastroenterologischen Sprechstunde Impedanz pH- Metrie

Gastroskopie

PEG/PEJ Einlage

Koloskopie

Sigmoidoskopie

Proktoskopie

Endosonographie

Kapselendoskopie

mit Punktion

Aszitespunktion

Pleurapunktion

Leberpunktion

Sonographie

Sonographie mit Gewebedichtemessung

Dopplersonographie

Abszessdrainage

H2 Atemtest

Glukose

Laktose

Fruktose

Fragestellung:

Gerinnungshemmer ja nein

Auftraggeber:

Bericht gewünscht per

Email

Fax

Post

telefonisch