



## Anmeldung zur gastroenterologischen Untersuchung

### Patient:

Name: ..... Vorname: .....

Geburtsdatum: .....

Strasse / Nr: ..... PLZ / Ort: .....

Telefon P.: ..... Telefon G.: .....

Mobile: ..... Krankenkasse: .....

Termin vereinbart am: .....

Bitte aufbieten

### Dringlichkeit:

sehr

bald

elektiv

### Gewünschte Untersuchung:

Konsiliarische Untersuchung

Gastroskopie

Koloskopie

Ano-/Proktoskopie

Abdomensonographie

Rektale Sonographie (starr)

Kapselendoskopie

PEG-Sondeneinlage

Aszitespunktion

Leberbiopsie

Manometrie Oesophagus

24h-Impedanz-pH-Metrie

Manometrie Anorektum

H<sub>2</sub>-Atemtest (Laktose)

Biofeedback

Anderes

Bei endoskopischen Untersuchungen / Punktionen bitte folgende Laborwerte angeben:

Quick / INR

Thrombozyten

Datum: .....

### Beschwerden / bisherige Befunde / Fragestellung:

Beilagen:

Zuweisender Arzt / Ärztin:

Datum:

Stempel / Unterschrift

### Praxis

Dr. med. Patrick Janiak  
Gastroenterologie und  
Innere Medizin FMH  
Optingenstrasse 8  
CH- 3013 Bern  
EAN: 7601000415707

### Kontakt

Telefon 031 331 20 42  
Fax: 031 331 20 43  
patrick.janiak@hin.ch  
www.magendarmpraxis-bern.ch