**Anmeldung Gastroenterologie**

**Patient\*in:**

Name       Vorname

Adresse

PLZ / Ort

Telefon       Mobile

Geburtsdatum       Krankenkasse

**Überweisung**

Dringend  Normal  Elektiv

**Untersuchung**

Konsultation  Sonographie

Gastroskopie  PEG-Einlage/Wechsel

Colonoskopie  Sigmoidoskopie

Rektoskopie  ERCP

Leberbiopsie

**Fragestellung**

Datum       Überweisung durch

**Anmeldung per eMail an gastroenterologie.do@spital.so.ch**